مكتبة المحبة

سلسلة آفاق مضيئة

سجن القلق

« الكتاب الرابع »

د . نبيل راغب

إهـــداء

الى الذين يحملون سجنهم داخلهم حيثما حلوا ..

الى أســرى ســجن القلق المعــتم الخــانق ..

أقــدم اليهــم هذا المفتـــــاح ..

فالآفاق المضيئة الرحبة الطلقة تناديهم خارج جدرانه وقضبانه .

نبيـل

مقـــدمة

أود فى هذه المقدمة أن أستسمح القارىء العزيز فى أن أصارحه بأننى لست من علماء النفس ولا من خبراء التحليل النفسى ، وان كنت من هواة علم النفس بل ومن عشاقه ، وذلك لارتباطه بمجال تخصصى فى النقد الأدبى والفنى وعلم الجمال والابداع الروائى والقصصى . فقد كانت اكتشافات سيجموند فرويد فى مجالات العقل الباطن والرغبات المكبوتة والعقد النفسية والمخاوف المرضية ، فتحا جديدا فى ميادين الفن والأدب بصفة عامة . فقد أدرك الأدباء أن العالم الداخلى للانسان أكثر غموضا وتعقيدا واثارة من العالم الخارجى الذى كان المصـــدر الرئيسى لكل الأعمـــال الأدبـية التى عرفتها البشرية قبل ظهور عـــلم النفس والتحـليل النفسى فى النصـــف الثانى من القرن الماضى .

ومع اطراد انجازات علم النفس عبر بلاد العالم الغربى سواء فى أوروبا أو روسيا أو أمريكا ، توغلت أدوات التحليل النفسى فى مجالات

الأدب والنقد لدرجة ظهور المدرسة النفسية أو السيكلوجية فى النقد الفنى ، وتفرع فن الرواية الى نوع جديد عرف بالرواية السيكلوجية ، بل إن معظم الروايات - إن لم يكن كلها - أصبح يهتم بتيار الشعور واللاشعور عند الشخصيات على سبيل تبرير الدوافع الكامنة وراء سلوكها الاجتماعى الظاهر للآخرين .

من هنا كانت قراءاتى واطلاعاتى الواسعة المستفيضة فى علم النفس ابتداء بكرافت ابنج وميستروم ورولبليدر وكيش ولايدن ، وتركيزا على فرويد وآدلر ويونج وماكدوجال وريفرز ، ومرورا بفوكس وهارتمان وفيشر وجينز برج ، وانتهاء بماكبرايد وفروم وكلاين وجونز وبوم هوف وبرجر وشيهان وغيرهم ممن يصعب حصرهم بصفة جامعة . وكانت اســتفادتى من هذه القراءات والاطــلاعات استفادة شــاملة سواء فى مجال النقد الأدبى أو فى مجال الرواية أو فى مجال الحياة الشخصية العملية .

فى مجال النقد الأدبى ركزت على التفسير النفسى للأدب ، وإن كنت قد رفضت اتجاه المدرسة السيكلوجية التى تتخذ من العمل الأدبى مجرد صورة لنفسية الكاتب ، فحولت اهتمام النقد من العمل الأدبى الى نفسية مبدعه . ، وهذا ما رفضته فى كل كتبى النقدية إذ تمثلت

استفادتى من علم النفس والتحليل النفسى فى تحليل الشخصيات الدرامية والروائية من الداخل كى يتضح للقارىء مدى التناغم أو التنافر بين دوافعها الكامنة فى أعماقها وبين سلوكياتها الاجتماعية الظاهرة ، كذلك تمثلت استفادتى فى مجال قياس التأثير النفسى الذى يمارسه العمل الأدبى على القارىء أو المشاهد أو المستمع أو المتلقى بصفة عامة . إذ أن العمل الأدبى ليس رواية منشورة فى كتاب أو مسرحية معروضة على خشبة المسرح أو قصيدة مقروءة على أسماع الحاضرين ، وانما هو أولا وأخيرا تجربة نفسية داخل المتلقى ، بحيث يقاس نجاح العمل الأدبى بمدى خصـوبة هذه التجربة وتأثيرها فى نظرة المتلقى الى الحـياة والمجتمع .

أما فى مجال الابداع الروائى فأنا من الروائيين الذين يقيمون رواياتهم على أسس علمية حتى لا تصبح الرواية مجرد حدوتة خيالية . فاذا كان مضمون الرواية يستدعى خلفية اجتماعية أو سياسية أو اقتصادية أو تاريخية أو جغرافية فلابد من دراسة هذه الجوانب المختلفة دراسة منهجية بالقدر الذى تحتاجه الرواية . وقد منحت هذه الخلفية العلمية رواياتى قدرة واضحة على الاقناع لدرجة أن كثيرا من قرائى كانوا فى حيرة من أمرهم عندما يحاولون تحديد أى العناصر من صنع الخيال وأى العناصر من نبع الواقع ؟ !

وبالطبع كان للدراسات السيكلوجية نصيب الأسد فى التمهيد العلمى لمعظم رواياتى ، خاصة وأننا نعيش عصرا أصبح فيه ما يدور داخل الانسان أكثر خطورة وتعقيدا واثارة مما يدور حوله . بل إن التفاعل المستمر بين داخل الانسان وخارجه يولد الآن من الصدمات والمفاجآت والطفرات والتحولات ما لم يكن يخطر على بال بشر فى عصور سابقة . وبالتالى فان الكيان النفسى والحياة السرية لشخصياتى أصبحا المفتاح الحقيقى لفهم حقيقة الشخصيات وواقعها فى رواياتى .

من هنا كان تركيزى على عوامل الخـوف من المجهـول ، والقلق وأحــلام اليقظة ، والكــوابيس ، والعنف ، والخــجل ، والانطواء ، والاكتئاب ، والنفاق ، والغيرة ، وعقد الذنب ، والعقل الباطن ، وجنون العظمة ، وخداع النفس ، والوسوسة ، والشيخوخة المبكرة وغير ذلك من الأعراض والأمراض النفسية التى تكاد تسحق كيان الانسان المعاصر . بل إن بعض رواياتى مثل « الجبل الضائع » و « غــرام الأفـاعى » و « درب الشوك » و « الكودية » و « بنات مصر الجديدة » و « زمن الجنون » كانت بمثابة رحلات فى أغوار الشخصيات ودهاليزها المظلمة الحافلة بالطموح والإحباط ، بالأمل واليأس ، بالثقة والقلق ، بعقد العظمة ومركبات النقص ، بالإقدام والانطواء ، بالجرأة والخجل ،

بأحـــلام اليقظة وكوابيس اللـــيل ، بالتوغـــل فى المجهول والخوف منه .... الخ . بل إن بطلة « الكودية » تخوض الحرب ضد عالم الزار بكل خزعبلاته وخرافاته بصفتها دراسة لعلم النفس القادر على كشف الدجل وادعاءات الأرواح الشريرة والأسياد .

أما فى مجال الاستفادة الشخصية من هذه الدراسات والقراءات السيكلوجية فى الحياة العملية ، فلابد أن أعترف بدينى لها بعد أن أضاءت أغوار نفسى المعتمة ، ووضعت يدى على السر فى أعراض لم أكن لأدركها بدونها . ونظرا لضخامة هذه الحصيلة السيكلوجية والفائدة الجمة التى عادت بها علىّ سواء فى مجالات النقد أو الرواية أو الحياة العملية ، فقد وجدت أنه من المناسب بل ومن المفيد أن أطرح على القارىء كل الأعراض والأمراض التى ألممت بها فى كتب صغيرة تكون فى متناول الجميع بعيدا عن صعوبات التخصص العلمى وتعقيداته . فمعرفة النفس لاتزال هى قضية الانسان الأولى منذ أن طرحها سقراط فى مقولته الشهيرة « إعرف نفسك » . ومن منا لم يمر بتجارب الخوف والوهم والقلق والشك والوسوسة والخجل والعنف والانطواء والاكتئاب والغيرة والاحساس بالذنب والغرور وخداع النفس وغير ذلك من

الأعراض والأمراض التى أصبحت مميزة لحياة الانسان المعاصر ؟ !

إن الهدف من هذه السلسلة بلوغ آفاق مضيئة نستطيع عندها أن نتعرف على أنفسنا بأسلوب منهجى متسق حتى نتبين وقع أقدامنا على طريق الحياة الصحية والصحيحة .

المهندسين ١ / ٨ / ١٩٨٩

د . نبيل راغب

الفصل الأول

التشخيص القديم للقلق

منذ البدايات الأولى لعلم النفس والطب النفسي ، وتشخيص القلق كظاهرة بشرية ومرض نفسي يمر بمراحل متعددة . لكن هذه المراحل يمكن تقسيمها الى مرحلتين أساسيتين : المرحلة الأولى التي اعتمد فيها المحللون النفسيون على التحليل النفسي والعلاج السلوكي ايمانا بأن علاج جميع الحالات المرضية الناتجة عن القلق انما هو بأيدى أصحابها ، ثم المرحلة الثانية المعاصرة وهى التي أثبتت أن هناك نوعا من الاضطراب فى كيماويات المخ ، يشكل أساسا ماديا جوهريا لأعراض المرض ، يضاف اليه مايعترى المريض من اختلال فى السلوك والتعلم من تجارب الحياة ، خاصة إذا كانت ضغوط البيئة التي تحيط بالمريض تضاعف من ارهاقه النفسي والجسدى . ولذلك تتجه أساليب العلاج الحديث الى هذه الأمور جميعا حتى يتم الشفاء . وقد أتاح التقدم العلمى أنواعا من العقاقير النفسية أحدثت ما يشبه الثورة فى عـلاج الاضطرابات النفسية ، عقاقير ثبت نجاحها حين تم اسـتخدامها بدقة وعناية .

وكان القلق مثار اهتام الباحثين النفسيين ، حتى قبل أن يقوم سيجموند فرويد بأبحاثه فى هذا المجال . وقد تجلى هذا فى دراسات كرافت ابنج وميستروم ورولبليدر وكيش ولايدن ، لكنها دراسات ظلت قاصرة على الجانب السلوكى النفسى دون التطرق الى الجانب البيولوجى الكيميائى . فقد اكتشفوا أن الخوف الذى يهدد كيان الفرد ويشل قواه ، خوف غير طبيعى وليس له أساس فى الواقع الخارجى . فهناك كثيرون تتملكم مخاوف شاذة ، تكون مصدر خجل لأصحابها فى حين تبدو لأعين اصدقائهم غريبة وتافهة . كما أنه لا يوجد فى البيئة الخارجية من المواقف المخيفة ما يبرر حدوث هذا الخوف عند هؤلاء المرضى . ومع ذلك فهم يعيشون فى خوف دائم متصل ، وتسيطر الانعزالية والسلبية على حياتهم فتحيلها الى صراع دائم مع أعداء وهميين . وهذه المخاوف الشخصية ، الغامضة ، الغريبة ، المستعصية على الفهم ، قادرة على تحطيم كيان الفرد النفسى والاجتماعى ، وتحرم ضحيتها كل راحة عقلية ونفسية ، وتصيبها بحالة من عدم الانسجام مع حولها ، نتيجة لفقدان الجهاز العصبى لتوازنه وقوته ، وقد تصل بضحيتها الى حد الانتحار للتخلص منها .

ولقد أطلق فرويد على هذا النوع من الخوف مصطلح القلق ووصفه بأنه احساس شاذ سلبى يشمل الشخصية كلها ، ويعبر عن نفسه بصور مرضية مختلفة ذات خصائص محددة . والفرد الذى يسيطر عليه احساس عميق بالقلق والشعور المستمر بالسلبية ، يفقد القدرة على التكامل الانفعالى سواء على المستوى النفسى أو الاجتماعى . وقد أرجع فرويد جذور هذا الاحساس المستمر بالقلق الى عدم التوافق الجنسى .

لكن ليس كل القلق ضاراً . فالقلق الطبيعى يحفظ حياة الفرد ويبعثه على التقدم . فعامل الاشارة فى السكك الحديدية قد يخطىء مما يعرض سلامة أرواح المسافرين للخطر ، لكن احساسه بالقلق يجعله أكثر حرصا فى عمله وأشد التفاتا اليه من أى شخص آخر . وقد يؤدى هذا القلق تجاه سلامة الأرواح الى اختراع آلة جديدة تجنبها الأخطار بطريقة مؤكدة . والجراح الذى يقوم بعملية جراحية خطيرة ، يدفعه القلق قبل اجراء العملية إلى التأكد بنفسه من الجوانب المختلفة التى ستمر بها العملية . ذلك أن قلقه على سمعته وعلى حياة مريضه يدفعه الى الحيطة والاتقان والتقدم . والطالب الذى يقلق على مستقبله ،

يستميت فى استذكار دروسه حتى يبلغ أسمى درجات التفوق الذى يبغيه . ولذلك فان القلق الطبيعى له أهمية شخصية واجتماعية لاتجعل منه ظاهرة مرضية .

أما القلق العصابى أو المرضى فهو نوع من الخوف لا يدرك له الإنسان مصدرا أو سببا أو موضوعا فى الواقع الخارجى ، فيعوق قدرته على العمل وميله الى الابتكار والتقدم ، وقد يترتب عليه ضياع مستقبله برمته . وكان المحللون النفسيون فى تلك المرحلة المبكرة من علم النفس يبحثون عن مصدر اضطراب هذا المريض لا فى العمل الذى يعتبره هو خطرا وانما فى حياته النفسية الخاصة وما فيها من خلل واضطراب ، لأن القلق المرضى فى نظرهم كان فى جوهره ومظهره شعورا انفعاليا بعدم المواءمة ، كما أن التوتر أو الضغط النفسى مظهر من مظاهر الكبت . ولذلك قسموا القلق من الناحية النظرية الى ثلاث صور تصور الأولى حالة الهستيريا ، والثانية تصور الكبت ، والثالثة تصور التوجس ، واطمأنوا الى أن هذه الصور الثلاث تعبر عن مختلف حالات القلق .

لكن ثبت فيما بعد أن الأمر ليس بهذه البساطة النظرية ، لأن القلق يصور حالة معقدة ومتشابكة من الحالات النفسية التى تتخذ مظاهر

وسمات تعبيرية مختلفة وفقا لحالة كل فرد ومشكلته الشخصية . ولذلك فمن المستحيل وضع صورة نمطية موحدة تبين حقيقة القلق وآثاره المتصاعدة . فكل ما يعلمه المحلل النفسى عن القلق يكمن فى المظاهر والأسباب ، أما على المستوى الفردى فيعد صورة من صور التعبير الشخصى الذى يختلف من حالة الى أخرى اختلاف بصمات الأصابع .

وأوضح صور القلق هو القلق الهستيرى الذى وصف فرويد نوباته وأعراضه بأنها تبرز فى اضطرابات القلب والتنفس لدرجة الاختناق الذى يصيب مرضى الربو ، ونوبات من العرق المتصبب وخصوصا بالليل ، ونوبات من الرعشة والتشنج التى ينظر اليها على أنها حالة هيستيرية ، ونوبات مفاجئة من الاسهال ، ونوبات من الدوار ، وفزع مفاجىء خاصة عند الاستيقاظ من النوم كما لو كان الفرد سيسقط من على جبل ، وانقباض فى العضلات .

وقد أضاف ستيكل بعد دراسة حالات كثيرة من القلق أعراضا أخرى تتمثل فى تنهدات عميقة وزفرات متقطعة مفاجئة نتيجة صعوبة التنفس والحاجة الى الهواء ، ونوبات مفاجئة من الشعور بالإجهاد والاعياء تصل أحيانا الى حد الاغماء ، وآلام فى المعدة مصحوبة بقىء وانتفاخ شديد يعقبه خروج كميات كبيرة من الغازات ، وتيبس الأصابع

أو اليد أو الذراع فجأة ، وصداع شديد مصحوب بغثيان ، وعدم استقرار واضح على تصرفات المريض وحركاته .

وكان فرويد يؤكد على ارجاع أسباب القلق الى بعض صور الحياة الجنسية غير الطبيعية بكل مظاهرها الكثيرة والمتنوعة من اثارة وانطلاق وقمع وجمود ، وزواج خال من الحب والتعاطف ، ورغبة ونفور ... الخ . وغالبا ما تقع هذه الأسباب تحت بند القلق الناتج عن الكبت الذى تشمل أعراضه حالات الخوف من موقف ما أو من حادثة معينة أو خبرة تركت آثارا غائرة . فعندما يوشك إنسان على إجراء عملية جراحية فانه يدخل فى حالة مستمرة من التوتر والاضطراب ، بحيث تؤله الأحداث البسيطة وتثيره الأمور التافهة ، كما أن نظرته الى ما يحيط به فى حياته اليومية تنطوى على الخوف من حدوث شىء غامض مخيف ، ويصبح عرضة للتفاؤل والتشاؤم بحيث تتحول أعصابه الى أوتار مشدودة تحدث اهتزازات وأصوات لأية لمسة مهما كانت عابرة أو رقيقة . وهو بهذا يقوم بعملية اسقاط لقلقه وعدم اطمئنانه وفزعه على البيئة المحيطة به .

أما القلق الذى يرتبط بالتوجس ويتمثل فى زيادة الانشغال فهو أعم مظاهر القلق . وترجع أسبابه الى الخوف اللاشعورى من حدوث كارثة

شخصية أو اجتماعية أو اقتصادية ، والكبت اللاشعورى للطاقة الحيوية أو الليبيدو ، والاحساس اللاشعورى بالذنب . وعلى سبيل المثال فان زيادة انشغال الفرد بصحته من مظاهر المدينة الحديثة ، نتيجة لتفكك روابط الأسرة واضطرار كل فرد الاعتماد الكلى على نفسه حتى عندما تتقدم به السن . وهناك صورة أخرى من صور زيادة الانشغال تتمثل فى الاهتمام المبالغ فيه بالمظاهر . فالحياة الاجتماعية أصبحت من التعقيد والحساسية لدرجة أن أى احساس بالنقص قد يجعل الفرد فى حالة عقلية لا تبعد كثيرا عن حالة المرض النفسى . وبدلا من أن يحيا الفرد الحياة التى تناسب مستواه الاجتماعى ، يصبح دائم الانشغال بمحاولة طفولية غير ناضجة من أجل الصعود الى مستويات أعلى بكثير من مستواه ، ولا يقدر على مجاراتها .

وكان الفيلسوف الألمانى نيتشه من ألد أعداء الاحساس بالنقص ، وناقما علـى الذين يضعـون أنفسـهم تحت رحمـة آراء الآخرين حين قال : « أنا هو أنا ، وسأظل كما أنا ، ومن لا يتقبل هذا فليذهب الى الجحيم » . فالخوف من آراء الآخرين ، ومن المستقبل ، ومن الفشل والمرض يمكن أن يحاصر الانسان بالتوجس والانشغال والهم حتى يخنقه إذا فشل فى المقاومة وفك الحصار .

وقد صور الروائى جون ايرفين هذه الحالة فى احدى قصصه أصدق تصوير عندما جسد مخاوف الفشل والعجز فى بطله الذى كان موظفا فى أحد مكاتب لندن وكانت تتردد على ذهنه باستمرار تساؤلات محيرة ومقلقة تتركز فى : « ماذا يمكن أن يحدث لو وجد نفسه فى يوم من الأيام عاجزا عن العمل ؟ » وأوشك الأمر على أن يتحول عنده إلى جنون الفكرة الثابتة التى تطارده فى صحوة ومنامه ، ولذلك كثيرا ما كان يستيقظ من نومه فزعا صارخا من حلم رآه فى منامه ، وكان ينتهى دائما بفصله من عمله .

وأصبحت هذه الفكرة المرعبة شغله الشاغل فى كل لحظات حياته . ومع مرور الأيام قتل الهلع الطاغى كل الامكانات الايجابية عند الرجل الذى تحول الى كيان سلبى متهافت فى انتظار ما تأتى به الأيام .

كان يراوده من حين لآخر دافع يحرضه على المغامرة ويدفعه الى فعل شىء يخترق به حصار القلق والتوجس ، ويثبت به وجوده وأنه على قيد الحياة الحقيقية ، لكن خوفه من المغامرة بوظيفته كان كفيلا بأن يسلمه لمزاجه السوداوى ويضيف بذلك خوفا جديدا الى ماالديه من مخاوف كثيرة . ولذلك كبت فى داخله فكرة الزواج التى راودته لاحتمال

أن يصاب بمرض أوأن يطرد من عمله بعد أن تصبح له زوجة وربما أولاد يعولهم ، أى أنه بهذا يطبق المثل الشعبى المصرى الذى يقول : يقدر البلاء قبل وقوعه .

وبالفعل وقع البلاء وفقد الرجل وظيفته ، فأضاعت أيام البطالة ما أدخره فى أيام عمله ، وتكالبت عليه الأمراض . وعندما ساءت حاله زاره الطبيب الذى قرر أن أيام الرجل فى الحياة معدودة حتى يستعد لذلك ، فلم يعد هناك ما يخفيه عنه حتى لو أصابه بصدمة . لكن الطبيب ذهل للأثر الذى تركه النبأ فى نفس الرجل الذى سرت فى ملامح وجهه أحاسيس الراحة والهدوء ، وظل يردد : « شكرا لله .. حمدا لله . لقد استرحت أخيرا » . ومات الرجل بعد ذلك بثلاثة أشهر .

ولاشك فان كبت التطلعات المستقبلية والرغبات الغريزية والآمال المتفائلة يؤدى الى أنواع كثيرة من الصراع والاكتئاب التى يمكن أن تندرج تحت هذا النوع من القلق الناتج عن التوجس والانشغال المبالغ فيه . بل إن الخوف الزائد عن الحد لما قد يصيب الإنسان من مصائب متوقعة أو غير متوقعة من شانه أن يفقد الحياة فى نظر صاحبها كل

طعم لها . ولعل فى قصة العانس التى كانت تبحث كل ليلة عن لص مختبىء تحت سريرها ، صورة من هذه التراجيديا النفسية والكوميديا الاجتماعية .

أما الإحساس الخفى بالذنب فيعتبر من أسباب زيادة الانشغال والهم وما يتصل به من عدم استقرار ومخاوف لا شعورية وشك وريبة . فالإحساس اللاشعورى بالذنب الكامن فى أعماق الإنسان يحيل حياته الى حالة مستمرة من القلق والحيرة . أما الإحساس الشعورى بالذنب فلا يقل فى خطورته عن اللاشعورى ان لم يزد عليه ، اذ ينجم من عمل اجرامى أو غير أخلاقى أو غير انسانى قام به الفرد ولا يزال يذكره تماما وهذا الوعى المباشر بهذا الفعل هو الذى يجعله فى حالة خوف من ضميره ومن القانون ومن المجتمع المحيط به .

لكن الإحساس اللاشعورى بالذنب قديكون مؤلما بدرجة قاسية عندما تمتد جذوره الى عمل اجرامى أو غير أخلاقى أو غير انسانى قام به الفرد فى زمن مضى ثم نسيه بعد أن ترسب فى عقله الباطن وتراكمت عليه الخبرات التالية والمتعاقبة . ولذلك يشعر من حيث لا يدرى بالتوتر والصراع وعدم المواءمة وبالنقص فى حضرة الآخرين ، بل ويؤكد دائما أن الحياة لم تعد تستحق الاهتمام بعد أن فقدت كل طعم ومعنى لها .

وعندما يتعذر تتبع مصدر القلق الدائم المتزايد ، وتقصى أسبابه ، ومعرفة كنهه ، فانه ينبغى على المريض استشارة طبيب نفسى يساعده فى الكشف عن دوافعه وميوله ورغباته الدفينة ، وأن يتبع ارشاداته ، وربما احتاج الأمر الى استشارة طبيب أمراض باطنة أو مخ وأمراض عصبية حتى يضـع الطبيب النفسى يده على الأسـباب العضوية للقلق إن وجـدت .

ويظن البعض أن نصح المريض وارشاده بالكف عن زيادة الانشـغال يمكن أن يفيده لأن الأمر لا يتعدى أن يكون حالة نفسية عابرة ، وكأن بين الناس من يحب أو يرضى عن قلقه أو يرغب فيه أويتمنى اسـتمرار توتره النفسـى وغضبه وثورته لأتفه الأسـباب . فالإنسان فى هذه الحالة يرزح تحت وطأة فكرة مخيفة أو عقدة لا يدرى كنهها . وأحيانا يعلم الإنسان نوعية الاضطراب الذى يعانى منه ، ومع ذلك لا يقوى على مواجهته ، مثل الصراع بين الضمير والغريزة ، أو بين ما يجب فعله وما يخاف الفرد أن يفعله .

والمخاوف التى تثير القلق الطبيعى غالبا ما توجد أسبابها ومثيراتها فى البيئة والظروف المحيطة بالإنسان ، والفرد الذى يستشعر القلق الطبيعى لا يخاف من الأسباب ، التى تثير القلق العصابى أو المرضى

لأنها تخص المريض العصابى بصفة شخصية . فبعض الناس مثلا يصبح كالمجنون ويركبه الهلع عندما يرى فأرا أو قطة . وإذا كان الشخص الطبيعى لا يرى فى مثل هذه الحيوانات ضررا يتهدده ، أو على الأقل يرى أن ضررها ليس بالقدر الذى يجعله يمر بهذا الهلع المؤلم ، فان الموجس منها خيفة يرى فيها خطرا جسيما يتهدد حياته لارتباطات ذاتية خاصة به هو فقط .

وترجع أسباب القلق العصابى أو المرضى إلى أفكار مكبوتة ذات صبغة انفعالية، أى الى عقد لم يتكيف معها الفرد. ذلك أن كل ما يترتب فى خبراتنا دون تعبير أو حل إنما يستقر فى العقل الباطن . والتعبير عن أفكارنا وآرائنا يخرجها الى المجتمع ويحررنا من وطائتها . أما الخوف أو العجز عن التعبير عنها لغموضها أو عدم الوعى به فمن شأنه أن يكبتها فى اللاشعور أو العقل الباطن وأن يجعل الانفعال المصاحب لها والتابع منها يتفاعل بكل أبخرته فى سراديب العقل وكهوفه . ونظرا للارتباط العضوى بين الفكر والانفعال ، فان الانفعالات الصادرة عن الأفكار المكبوتة والخبرات المترسبة تعبر عن نفسها فى أفكار وأعمال تبدو لنا غريبة كل الغرابة ومستعصية على الفهم ، سواء بالنسبة لمريض القلق العصابى نفسه أو بالنسبة للآخرين الذين يتعاملون معه .

وقد اعتاد علماء النفس تصنيف القلق إلى قائمتين : الوساوس المتسلطة والأفعال القهرية . ويمكن أن يندرج تحت الوساوس كل أنواع القلق الناشئة عن المواقف والأشياء والأفكار والجسم .

وأنواع القلق المرتبطة بالمواقف عديدة ومتنوعة مثل الخوف من الأماكن المغلقة مثل الأنفاق والغرف ودور السينما ، والخوف من الأماكن المفتوحة كالشوارع والملاعب والصحارى والبحار والأرض الخلاء . وقد ذكر عالم النفس الأنجليزى ماكدوجال مثالا للخوف من الأماكن المغلقة ، يوضح أثر الذكريات والأفكار المكبوتة ذات الصبغة الانفعالية المؤلمة التى تكمن فى ذكريات الطفولة المنسية .

كان أحد الأطباء ، بعد أن بلغ الثلاثين من عمره ، يعانى منذ الطفولة من احساس ممض بعدم الارتياح يصل به احياناً إلى حد الخوف الشديد كلما وجد نفسه فى مكان ضيق أو مغلق . لكنه كان يعتبر الأمر عاديا للغاية ولا يحتاج الى التفات خاص أو قلق ، ثم بدأ يعانى من وقت لآخر توترا عصبيا عاما غير محدد المنشأ بالاضافة الى تهتهة وتعثر فى الكلام خاصة أمام بعض مرضاه الذين يقوم بعلاجهم ، مما جعله يقرر أخيرا اللجوء لطلب العلاج النفسى .

وبدأ يسرد على الطبيب النفسى التجارب التى مر بها . ففى أثناء الحرب العالمية الأولى كان مجندا فى الجبهة ، وكان عليه أن يقضى

معظم وقته فى حفرة يحفرها لنفسه ويستخدمها كلما أطلق العدو مدافعه الثقيلة . ولم يكن يحب أن يحبس نفسه فى هذه الحفرة ، وكان يفضل أن يبقى الليل كله يتجول فى الخندق حتى مع اشتداد قصف المدفعية . وقد جعلته هذه التجربة يدرك لأول مرة أن خوفه من الأماكن الضيقة والمغلقة ليس بالخوف الطبيعى وانما هو خوف عصابى أو مرضى . ولما ساءت حالته أرسلته القيادة الى المستشفى العسكرى لعلاجه من الأرق والتهتهة والاكتئاب والصراع والكوابيس التى تهاجمه بدوى القنابل وقصف المدافع كلما غفت عيناه .

عندئذ طلب منه الطبيب النفسى أن يحكى له عن أحلامه وكوابيسه ليستدعى كل الذكريات القديمة المطموسة داخل عقله الباطن . وفى احدى الجلسات تذكر موقفا عندما كان فى الرابعة من عمره ، لم يستطع أن يتذكره من قبل عندما كان الطبيب النفسى يحفزه لالقاء كل الأضواء الممكنة على مشكلته .

فى تلك السن المبكرة فى طفولته كان يزور من وقت لآخر تاجرا عجوزا يسكن بجوار منزله ليبيعه بعض الأشياء القديمة . وكانت عادة التاجر أن يمنح الأطفال شيئا من المال كلما باعوه شيئا ذا قيمة . وذات يوم وجد الطفل أشياء قديمة أخذها الى منزل الرجل . وكان عليه أن

يمر خلال ممر ضيق مظلم يجلس فى نهايته كلب بنى اللون . وبعد أن حصل الطفل على المال توجه نحو الباب الخارجى فوجده مغلقا بالمزلاج الذى لم يستطع أن يصل اليه بذراعه لقصر قامته ، وفى الوقت نفسه كان الكلب ينبح بصوت مزعج عال مما أصابه بحالة شديدة من الهلع . وكان التأثير الذى تركته هذه الحادثة فى نفسه بالغ الشدة لدرجة أنه تذكر أن الرعب كان يعتريه كلما مر بمنزل العجوز .

وفى الجلسة التالية كان يفكر فى حلم آخر ، فوجد نفسه فجأة يردد اسم مستر كان ، وهنا تذكر أنه اسم العجوز الذى كان يبيعه الأشياء القديمة . وبدأ يدرك أن تلك الخبرة التى دفنت تحت ركام ذكريات الطفولة المنسية كانت سبب خوفه الدفين من الأماكن المغلقة . ومع استعادته للتجربة المؤلمة استطاع أن يتخلص تدريجا من الخوف من الأماكن المغلقة .

كانت المخاوف السابقة للتخلص من مصادر هذا القلق المرضى بصورة أو بأخرى عديمة الجدوى ، لكن عندما أدرك العقل الواعى مصدر الخوف انحلت العقدة التى سببت كل هذا القلق المرضى .

وكل من الوساوس المتسلطة والأفعال القهرية يصدر عن الأفكار والخواطر والهواجس والذكريات المكبوتة المثيرة للانفعالات الغامضة

التى يخاف منها الإنسان دون أن يعى كنهها . ويعتقد ماكدوجال أن هذه المخاوف تنطوى أيضاً على إحساس بالذنب ، وهو نفس الرأى الذى أكده فرويد حين قال إن المصدر الأساس للوساوس يتمثل دائما فى الاحساس بالذنب والتأنيب الناتج عنه والذى يعاود الظهور بأشكال مختلفة وأقنعة متعددة تحت تأثير الكبت . وبعد ذلك جاء ستيكل ليؤكد أيضا أن الاحساس بالذنب هو السبب الرئيسى فى جميع الأمراض النفسية والعصبية والعقلية .

هذا عن المخاوف المرتبطة بالمواقف ، أما تلك المتصلة بالأشياء فهى متعددة ومتنوعة أيضاً . وليست هناك أشياء محددة خاصة باثارة مثل هذه المخاوف ، وانما يمكن أن يرتبط القلق العصابى بأى شىء يثير فى العقل الباطن تجربة سيئة أو ضارة خاصة بالمريض وقد يصل الأمر ببعض المرضى الى الإصابة بوساوس متسلطة يمكن أن توصف بالخوف من أى شىء ومن كل شىء .

ولا يقتصر القلق المرضى الناتج عن الوساوس المتسلطة من الأشياء على فئة أو شريحة من الناس دون الأخرى ، بل يمكن أن يصيب أى إنسان بصرف النظر عن سنه أو طبقته أو مركزه أو مكانته أو ثقافته أو

علمه . فمثلا ذكر أبو الرواية الانجليزية جون بانيان فى أحد كتبه أنه كان يعمل سباكا فى يوم من الايام التى كان فيها زنديقا وملحداً ، وكان يجد لذة كبيرة فى قرع أجراس كنيسة البلد كنوع من السخرية منها . لكن عندما استيقظ ضميره وعاد اليه ايمانه وكتب روايته الشهيرة « رحلة الحاج » ، بدأ الاحساس بالاثم والخطيئة من جراء هذا العمل ينتابه بشدة ، وأصيب بالوساوس والمخاوف التى اتسمت بالقلق المرضى عند رؤية الأجراس أو سماع أصواتها .

أما عند قمة السلم الاجتماعى فكان الملك جيمس ملك انجلترا يخاف أشد الخوف من مشاهدة السيوف ، اذ كانت يده ترتجف إذا أمسك بسيف خارج غمده . وفى الحفلات والاستقبالات الرسمية كان يغمض عينيه رعبا عند رؤية السيوف ولذلك كان يقوم شخص آخر بتوجيه يده المضطربة حتى لا يلمح الآخرون اهتزازها . ويبدو أنه لم يدرك السر فى هذه العقدة الكامنة فى أعماقه المظلمة . فلم يكن هناك فى تلك الأيام محلل نفسى ليقوم بهذه المهمة . كذلك عرف عن يوليوس قيصر أن جسمه كله كان يرتعد فزعا وهلعا إذا سمع صوت الرعد لدرجة أنه كان يهرب فى سراديب القصر وهو يغطى رأسه بفراء سميك ليبعد عن أذنيه

الصوت المرعب . أما الفيلسوف ايرازموس فكان يخاف من رؤية الأسماك ، والفيلسوف الفرنسي باسكال يخاف من أى شيء ومن كل شيء ، والرياضى الانجليزى نيوتن يمرض بمجرد وقوع عينيه على البحر ، والموسيقار موزار لا يحتمل قرع الطبول ونفخ النفير ، والفيلسوف الألمانى شوبنهاور يرتعد عند رؤية الموسى ، وكارلايل الذى كتب عن البطولة ومجد أفعال الأبطال يخاف أن يخطو داخل محل من المحلات الكبيرة ، والروائي الأمريكى ادجار ألان بو والموسيقار شومان وشوبان يخافون الظلام ، والقاص الفرنسي جى دى موباسان يخاف أشد الخوف من منظر الأبواب . أما الامبراطور فريدريك الأكبر فكان يكره الملابس والحلل الرسمية الجديدة .

وهذا يدل على أن مخاوف القلق المرضى كانت ملازمة للإنسان منذ بداية وجوده على هذه الأرض ، سواء أكانت وساوس مرتبطة بمواقف أو بأشياء أو بأفكار تسيطر على الناس وتطاردهم وتصيبهم بالفزع ، وهو ما يسمى بجنون الفكرة الثابتة . فمثلا يقع بعض الناس ضحايا للخوف من الإصابة بمرض معين . وهذه المخاوف المتصلة بالصحة الجسدية عامة ومنتشرة ، وعلى الرغم من تأكيد الطبيب للمريض بعدم وجود

مرض عضوى لديه ، فإن المريض يصر على الاعتقاد بأن آلام السرطان وأمراض القلب والمعدة تفتك به . وفى حالات كثيرة يخلق العقل الباطن الأعراض التى تجسد المخاوف المجردة ، والتى تؤكد للمريض النفسى اصابته بهذه الأمراض العضوية .

أما الأفعال القهرية فانها تتصل بالوساوس المتسلطة وتصدرعنها . لكن الفرق بينهما هو أن الوساوس فكرة تتسلط ، أما الأفعال القهرية فعمل ينفذ قهرا . فالقلق فى مجال الوساوس يأخذ شكل الخوف الداخلى الخاص الذى قد لا يلحظه الآخرون ، أما فى الأفعال القهرية فيتـخذ الخوف والقلق صورة رمزية متجسدة فى هيئة عمل يقوم به الفرد . فى الوساوس تعد القطة أو السكين بمثابة الرمز الذى يثير الشعور بالقلق الدفين ، أما فى الأفعال القهرية فان الفرد يتصرف بناء على ما أثارته فى داخله هذه الرموز ، بل إنه قد يخلق رموزه بنفسه حتى يبرر لنفسه تصرفاته .

وتتشابه الأفعال القهرية مع الوساوس المتسلطة فى ارتباطها بمختلف المواقف والأشياء والأفكار والأشخاص. ويلعب التفاؤل والتشاؤم

دورا خطيرا فى هذا المجال إذ يظن بعض الناس أنه لو قام بعمل معين فسوف يجلب لنفسه كارثة أو سيتجنب مثل هذه الكارثة ، ولذلك فان أفعاله تتشكل طبقا لنوعية خوفه من المجهول ، وكأنه بهذا الفعل أو ذاك يستطيع أن يجلب لنفسه الحظ أو يتجنب النحس . لكن هناك أفعالا قهرية يقوم بها الفرد دون أن يبررها ، فمثلا يقوم بعض الناس بأفعال قهرية أثناء سفرهم بحيث يجلس الواحد منهم فى مقعد معين بطريقة معينة فى عربة معينة . والبعض تكون لديه أفعال قهرية ترتبط بالطعام فيأكل ألوانا معينة بأسلوب معين وفى أوقات معينة . وهكذا تختلف الأفعال القهرية من شخص لآخر اختلاف بصمات الأصابع .

ومعظم الأفعال القهرية تتميز بخاصية التكرار المنظم الذى يدفع صاحبه الى القيام بعمل معين مرارا وتكراراً فيلمس مثلا كل عمود من أعمدة النور وهو فى طريق عودته الى منزله أو يلتزم بالسير الى جوار الجدران أو يتأكد من حين لآخر من رباط حذائه أو يقوم بعد نقوده عدة مرات ومرات أو يتحسس شاربه بصفة مستمرة وأى خروج على هذا النسق السلوكى الذى فرضه عليه عقله الباطن ، يصيبه بكثير من الألم الغامض الممض .

ولا تقتصر الأفعال القهرية فى أثرها على صاحبها فحسب ، بل تمتد للآخرين حين يحاول صاحبها فرضها عليهم أيضاً . وهو ما عرف بالسادية القهرية التى تدفع صاحبها الى القيام بتعذيب شخص ما بأسلوب واحد ، فمثلا تقوم سيدة البيت بترتيب منزلها بطريقة معينة ، والويل كل الويل لأحد أفراد البيت إذا زينت له نفسه أن يتلاعب بهذا الترتيب أو يغيره . كذلك تدفع هذه السادية القهرية الموظف الى اتباع أسلوب روتينى معين فى عمله دون تغييره حتى لو أدى هذا الأسلوب الى تعقيد الإجراءات وتعذيب الجمهور المتردد على مكتبه .

ويرجع استسلام الإنسان للوساوس المتسلطة والأفعال القهرية الى قيامها بدور البديل عن الشىء المرغوب أو الشىء المتوهم الذى لم يتحقق ولم يتسق مع الأنا . فالشىء المرغوب فيه يكبت فى العقل الباطن لقوة الرغبة وجموحها ، وكذلك الفكرة المؤلمة للهروب المؤقت من ضغطها ولعدم اتساقها مع الذات . ولذلك فان هذه التجارب المرغوبة أو المؤلمة تظل حية متفاعلة فى العقل الباطن فى انتظار الفرص السانحة لتحقيق الرغبات أو لتجنب التجارب المؤلمة والتعبير عنها فى صورة هذه المخاوف المتعددة .

وهذا الخوف النابع من هذه الرغبات الدفينة المكبوتة بمثابة اتهام للأنا الأعلى أو العقل الواعى بأنه سمح لنفسه أن ينطوى على مثل هذه

الرغبات غير الأخلاقية ، أو قلق من افشاء سر هذه الرغبات المكبوتة التى لا يجب أن يطلع عليها الآخرون . ولا يمكن علاج مثل هذه الحالات الا بالكشف عن جذور الاضطراب النفسى الذى أدى اليها .

وقد أدرك علم التحليل النفسى منذ بداياته أهمية هذه الأفعال التى تتخذ صفة القهر ، ولذلك حرص على ترجمة الفعل الرمزى الى معانيه النفسية بعد أن اكتشف أن عناصر العمل القهرى ليست فى الحقيقة سوى مسرحية صغيرة تقوم فيها بالأدوار دوافع الفرد ورغباته ، بل وتحتوى على نفس الصراع الدرامى الذى تنهض عليه أية مسرحية . كما ابتكر علم التحليل النفسى أساليب التداعى الحر للأفكار والهواجس والخواطر ، وتفسير الأحلام وتحليل رموزها وحل شفرتها ، وتوظيف التنويم المغناطيسى فى الغوص الى أعماق العقل الباطن ، حتى يتحرر المريض من كل الحواجز والقيود التى تعوق كشف الرغبات المحرمة فى أعماقه ، والتى تظل تسيطر عليه اما لأنه عبد لها أو لأنه عاجز عن السيطرة عليها والتحرر من سلطانها . ومن هنا كان اعتقاد المحلل النفسى التقليدى بأن علاج جميع هذه الحالات المرضية إنما هو بأيدى أصحابها .

ونظرا لأن هذا العلاج لم يكن ناجعا فى كل الحالات ، اذ لم يكتشف فى النصف الأول من هذا القرن أن هناك علاجا كيماويا وبيولوجيا لمثل هذه الحالات التى استعصت على التحليل النفسى التقليدى ، فقد لجأ المحللون الى القوى الروحية لاستغلالها فى العلاج النفسى وفى مقدمتها الدين ، خاصة فى علاج أنواع القلق النابعة من عدم الارتياح والدونية الناتجة عن ضغوط المدنية الحديثة التى جعلت الحياة أمرا بالغ التعقيد فى نظر الكثيرين ، وتهديدا مستمرا لكيان الإنسان الاجتماعى والصحى والاقتصادى . فعلى المستوى الاجتماعى يسعى الإنسان المعاصر الى تأكيد ذاته واعطائها المزيد من التقدير ، ولذلك فان القلق ينهشه لاحتمال أن يفقد شيئا من الهالة التى يحيط بها نفسه . أما على المستوى الصحى فهو يعيش فى قلق دائم خشية أن يصيبه مرض يقعده ، وعلى المستوى الاقتصادى فهو يحيا فى قلق مستمر من أن يفقد ثروته نتيجة لخطأ غير متوقع قد لا يكون هو المتسبب فيه . أى أن انسان العصر الحديث يعيش فى كل لحظة من لحظات حياته تحت وطأة تهديد مستمر بسحق كيانه . ومع كل هذا القلق والتوتر والخوف ، يتحتم عليه أن يحافظ على كيانه النفسى والروحى حتى تتسق حياته مع ظروف البيئة والمجتمع .

ولذلك أدرك علماء النفس القوة الهائلة التى يمد بها الدين الفرد حين يقوى عزيمته وإيمانه ، ويضاعف من صبره وقدرته على تحمل المحن والمصائب .ولا شك فان كثيرا من حالات المرض النفسى ترجع الى فقدان الثقة بالله والذى أدى الى فقدان الانسان لثقته بنفسه وبمن حوله . وعندما يشعر الإنسان بوحدته فى هذا العالم فى مواجهة الأزمات والمشكلات . فأن أمواج الضياع تجرفه ويلجأ الى الشراب أو المخدرات أو الانتحار إذا لم يدرك وجود قوة الهية تسانده وتعضده .

ويقول كارل يونج أحد رواد علم النفس الكبار إنه وجد أن جميع مرضاه ممن تعدوا الخامسة والثلاثين من عمرهم كانوا يلجئون آخر الأمر إلى الدين فى حل مشكلاتهم بعد أن اكتشفوا أن ما يعانيه الواحد منهم من مرض نفسى كان نتيجة فقدانه هذا القدر من اليقين الذى يمنحه الدين للمؤمنين به . وقد حفزهم يونج الى هذا على أساس أن شفاء الواحد منهم يعتمد إلى حد كبير على استعادة ما فقد من نظرة دينية الى أمور حياته . ونفس الرأى أكده عالم النفس الانجليزى هادفيلد بعد خبرة طويلة من التجارب والدراسات فى علم النفس العلاجى فيقول :

« عندما أتحدث كمعالج نفسى ، لا دخل له بالدين ، فاننى أستطيع القول بأن الدين من القوى المؤثرة الهامة التى يمكن للفرد أن يمتلكها لبلوغ الراحة والسلام العقلى والروحى ، وحالة الطمأنينة النفسية التى نحن فى أمس الحاجة اليها لتوفير الصحة والعافية بالنسبة لعدد كبير من المرضى العصابيين . لقد حاولت علاج هؤلاء المرضى بالايحاء اليهم بالثقة والركون الى الهدوء ، ولكن بدون جدوى الى أن ربطت بين هذه الاتجاهات والثقة فى القدرة الالهية كمصدر لليقين والأمل والتفاؤل » وبالفعل كانت حالة المريض تتحسن ويشعر بالقوة تسرى داخله . فاليقين هو أمضى سلاح يمكن أن يواجه به الإنسان أشباح القلق وسراديبه » .

كذلك أضاف عالم النفس أدلر بأن الشعور بالدونية وعدم الارتياح وعدم الطمأنينة شعور عام وفطرى فى النفس البشرية التى تحس دائما بضآلتها وتفاهتها فى هذا الكون المخيف ، ولذلك فالإنسان بطبيعة تكوينه النفسى فى حاجة دائمة الى قوة تفوق قوة البشر التى ثبت عجزها عمليا فى مواقف كثيرة مصيرية ، وذلك من أجل تدبير أمور حياته .

لكن بالاضافة الى كل أساليب العلاج النفسى والسلوكى والروحى هذه ، أثبتت اكتشافات التحليل النفسى أخيرا فيما يتصل بمرض القلق العصابى أن هناك نوعا من الضطراب فى كيماويات المخ التى تعد أساسا ماديا جوهريا لأعراض المرض ، وهذا الاضطراب قد يضاف بل وقد يأتى فى مقدمة ما يعترى المريض من اختلال فى الاستيعاب والسلوك والتعلم من تجارب الحياة نتيجة لضغوط البيئة وظروف المجتمع . ولذلك أصبحت أساليب العلاج الحديث تتجه الى هذه الأمور كلها حتى يتم الشفاء . ويمر الآن علم التحليل النفسى بثورة علمية فى مجال علاج الاضطرابات النفسية وفى مقدمتها القلق العصابى نتيجة للعقاقير النفسية التى أتاحها التقدم العلمى والتى ثبت نجاحها عمليا حين استخدمت بدقة وعناية فى الحالات المرضية التى استعصت من قبل على التحليل النفسى التقليدى الذى يعتمد على جلسات الاستماع ، وأساليب التداعى الحر للأفكار والهواجس والخواطر ، وتفسير الأحلام وتحليل رموزها ، وتوظيف التنويم المغناطيسى فى الغوص الى أعماق العقل الباطن .

❊ ❊ ❊

الفصل الثـــانى

آفـــاق جديدة لتشخيص القلق

القلق المرضى غير الطبيعى مرض يصدر عن داخل المريض وليست له علاقة بالظروف الخارجية المحيطة به . ويبدو أن المصاب قد ولد به من خلال استعداد وراثى له . وهو مرض محير لصاحبه وللمحيطين به لأن نوباته تصيبه فجأة دون تمهيد أو سبب خارجى ملموس يؤدى اليه ، بل وتؤدى الى فقدانه السيطرة على جسمه فيشعر بالدوار أو الاختناق مع تسارع دقات القلب وأحيانا التنميل . ولذلك فانه يختلف عن القلق الطبيعى الذى ينشأ كاستجابة لموقف من خارج الإنسان . أى أنه مرض يدل على أنه هناك خللا ما فى وظيفة أو أكثر من الوظائف التى ينهض بها الجسم ، مثله فى ذلك مثل أى مرض عضوى وان كانت له ارتباطات نفسية وسلوكية .

لكن محنة هذا المريض أن من حوله يسيئون فهمه لأنهم يعتبرون الاعراض التى تنتابه مشابهة لاستجاباتهم فى مواقف القلق الطبيعى

حين يواجهون خطرا أو ضغطا ما . ولذلك فهم يتقبلون الأمر بساطة بل وباستهتار على أساس أنه مشكلة عابرة لا تمثل خطورة معينة ، وأن مجرد الاستجمام والراحة كفيل بحلها ، مع الابتعاد عن الضغوط المسببة لها . وبذلك يخلطون بين القلق الطبيعى والقلق المرضى ، وهو خلط له تاريخ طويل ، ولم تكتشفه سوى الأبحاث العلمية الحديثة التى أوضحت أن القلق السوى يواكب حياة الانسان منذ بدايتها ، أما القلق المرضى فيبدأ فى أغلب الحالات فى أواخر العقد الثانى وأوائل العقد الثالث من العمر ، ومن النادر أن يبدأ قبل ذلك أو بعد سن الخامسة والثلاثين . وقد تلعب الضغوط الحياتية دوراً فى تضخيمه ومضاعفته ، كما هو الحال فى كثير من الأمراض ، لكن ثبت أن العوامل البيولوجية قد تكون أكثر أهمية وخطورة فى القلق المرضى من الضغوط الخارجية وحدها .

والمريض فـى بـادىء الأمر يأخذه بمنتهـى البسـاطة على أنه نوبة أو نوبات عابرة مفاجئة قد تزول من تلقاء نفسها ، بل ويتجنب استـشارة الطبيب بحجـة أنه لن يجد شيئا ملموسا يمكن أن يعتمد عليه فى تشخيصـه . وذلك برغم أن المصـاب يشعر كـأن أحد أعضـاء جسـمه قد خـرج عن ارادته وفقد توازنـه بصفة مؤقتة .

بل وتتخذ النوبات فى هذه المرحلة شكل الدوار والإحساس بإغماء وشيك وغثيان خفيف ، وربما كان هناك احساس بالضعف السارى فى الذراعين والساقين مصحوب بما يشبه ضياع السيطرة على العضلات . وكلها أحاسيس تضاعف من محنة المريض إذا تصور الإغماء وهو يداهمه وسط الناس أو كان وسطهم بالفعل .

وأعراض القلق المرضى متعددة ومتنوعة بطريقة محيرة . وقد يصاب المريض ببعضها أو بها مجتمعة . منها على سبيل المثال : فقدان الاتزان وتقدير الأشياء والمسافات عندما يشعر المريض وهو يسير بأن الأرض لن تكون فى المكان الذى يتوقعه ارتفاعا أو انخفاضا . كذلك يشعر بأن ساقيه قد أصبحتا لينيتين لدرجة الرخاوة والهلامية ، ولم تعودا قادرتين على حمله ومن الأعراض الأخرى صعوبة التنفس لدرجة أن المريض قد يخشى أن ينسى كيف يتنفس ، وأنه إذا لم يجهد نفسه فانه لن يستطيع الحصول على أية أنفاس بالمرة . وغالبا ما تؤدى هذه المبالغة فى التنفس الى الحصول على قدر من الأوكسجين أكثر مما يحتاجه جسمه ، وطرد نفس القدر من ثانى أكسيد الكربون مما يؤثر فى التوازن الحامضى ومستوى الكالسيوم فى الدم وهو يؤدى بدوره الى أعراض أخرى متعددة مثل التنميل والخدر فى بعض أجزاء الجسم والدوار فى الرأس .

كذلك يشعر مريض القلق بسرعة ضربات القلب ، وربما انتابه الخوف من احتمال اصابته بنوبة قلبية ، أو أن الاضطراب سوف يتصاعد حتى يؤدى بقلبه الى التوقف . لكنه لا يدرى أن هذه الضربات لا تشكل خطورة على قلبه إذا كان سليما صحيحا .

وهذا بالإضافة الى الشعور بآلام الصدر والضغوط الواقعة عليه ، وربما الألم الذى يمتد الى الذراع اليسرى . ويعتبر رسم القلب الكهربى القول الفصل والحاسم بين أعراض القلب المريض وأعراض القلق المرضى ، فعندما يعرف مريض القلق أن قلبه ليس به مرض عضوى فعلى ، فلابد أن يغمره برد الراحة والسكينة . وعموما فانه يتعين على مريض القلق أن يدرك أن الألم الحقيقى للنوبة القلبية يتركز فى وسط الصدر وكأنه سكين أغمدت فيه .

من أعراض القلق المرضى الشعور بالحلق وكأنه قد انسد مما يؤدى فى حالات كثيرة الى الامتناع عن الأكل خوفا من أن ينحشر الطعام فى الحلق . وأحيانا يؤدى الخوف الشديد الى اصابة المريض بغصة حقيقية فى حلقه مما يؤكد له كل مخاوفه ويزيد المشكلة سوءا . وقد يرتبط هذا بشعور الغثيان الذى يأتى على هيئة دوار البحر الذى قد لا ينتهى الا بالتقيؤ لبلوغ الراحة المرجوة . وقد يتعرض بعض المرضى

لقيء متكرر مستمر يحتم عليهم دخول المستشفى لتعويض ما فقدوه من سوائل . وما ينطبق على القيء ينطبق على الاسهال خاصة إذا كان مريض القلق مصابا بالقولون المتوتر أو التهاب القولون التشنجي .

ويعاني عدد كبير من مرضى القلق من أحاسيس التنميل والخدر التي تسرى في أجزاء متفرقة من الجسم بصفة عامة وفي الذراعين بصفة خاصة لدرجة أن المريض يشعر وكأنهما قد أصيبتا بالشلل وفقد الصلة بهما والسيطرة عليهما . وربما انتقل التنميل الى نصف الجسم بأكمله .

وفي أحيان أخرى يسرى احساس غريب بالحرارة اللافحة من أسفل الجسم تدريجا حتى يصل الى الوجه الذي قد يسخن ويحتقن . وقد يحدث العكس اذ يشعر المريض برعشات باردة تسرى في أطرافه وأسفل ظهره .

أما الصداع المزمن الذي يصيب مريض القلق ويجبره على تناول المسكنات ، فيعد من نوع أعنف وأقسى من الصداع العادي الناتج عن التوتر ، ولا يقتصر على الرأس فقط بل ينتشر الألم في سائر أنحاء الجسم مما يضاعف قلق المريض وضيقه بالحياة .

كل هذه الأعراض البيولوجية توضح أن بعض المواد المعينة فى خلايا المخ والتى تشكل مراكز التحكم فى الألم ، يطرأ عليها الاضطراب الذى قد يكون سببا ونتيجة لمرض القلق فى الوقت نفسه . فاذا استطاع العلاج أن يصل الى الموطن البيولوجى للداء فان هذه الآلام تزول مع زوال الحالة برمتها أما إذا عادت الأعراض مرة أخرى الى المريض ، فالصداع يكون فى مقدمتها كنذير لنوبات أطول من مرض القلق ، خاصة إذا استمر الصداع .

أما عن الأعراض النفسية والسلوكية المواكبة لهذه الأعراض البيولوجية فتتمثل فى الوساوس المتسلطة والأفعال القهرية والاغتراب عن الواقع المحيط وعن الشخصية نفسها فى ذات الوقت . فالمريض يعانى من الوساوس المتسلطة التى تقحم نفسها على عقله بالحاح على شكل نزوات أو نزعات أو كلمات أو خواطر أو أفكار متكررة ، يحاول التخلص منها لكن دون جدوى لارتباطها بدوافع مستهجنة عدوانية أو جنسية ، لا تتسق مع السلوك السوى للشخصية . ولذلك فهى ترعب المريض بتكرارها والحاحها ، خاصة أنها تؤدى الى أفعال قهرية تفرض عليه سلوكيات غير طبيعية يمكن أن تفضحه أمام الآخرين .

لكن أعراض الوساوس المتسلطة والأفعال القهرية عند مرضى القلق عادة ، ليست شديدة ، بل إن ظهورها أقل من الأعراض البيولوجية التى سبق ذكرها . وهناك من المصابين بالوساوس المتسلطة والأفعال القهرية من لا يعانى من مرض القلق .

أما الاغتراب عن الواقع المحيط وعن شخصية المريض ذاته فيجعله ينظر الى الأشياء حوله وكأنها غائمة الملامح، غير حقيقية ، وربما راوده الإحساس بأنه يراها لأول مرة ، وكلما اقترب منها فانها تبدو بعيدة عنه. ويؤدى هذا الاحساس الممض الى اغتراب المريض عن ذاته ، وكأنه خرج أو انفصل عن جسمه أو عن جزء منه . وقد توحى هذه الأعراض للمريض بأنه فى طريقه الى فقدان عقله أو فقدان السيطرة على نفسه ، لكنها أعراض لا تدل على الجنون ، وإن كانت تدعو الى الضيق وترتبط غالبا بمرض القلق .

وإذا كان مريض القلق قادرا على وصف الأعراض البيولوجية وصفا محددا أو شبه محدد ، فإنه يجد الكلمات عاجزة عن الاحاطة التامة بمشاعره ، وبالتالى بوصف الأعراض النفسية ليساعد الطبيب النفسى على دقة التشخيص خاصة وأن بعض المرضى يخشى أن يتهم بالجنون لأن ما يصفه يبدو أمرا فى منتهى الغرابة والشذوذ ، خاصة

عندما تتطور الأعراض الى مرحلة الاحساس بالفزع التى يزوغ معها البصر ، ويصبح كل شيء باهتا منفصلا ، ويبدو القلب وكأنه على وشك القفز خارج الصدر ، ويختل التوزان مع دوخة شديدة ، وتلين السيقان ، وتـبدو الأضواء شديدة التوهج ، والأصوات حادة مفزعة ، ويتصبب العرق ، ويجتاح الصدر ضيق يصيب التنفس بالقصور ، مما يجعل المريض يتوهم أنه على وشك الموت .

وهذه النوبة التى تتكرر بعد ذلك وتتزايد ، يمكن أن تصيب المريض فى أى وقت دون توقع ، ودون أن يعرف لها سببا معقولا . فهى فزع لا يجد له اسما ، مما يفقده الأمان حيثما كان . ويحاول التردد على أطباء الأمراض الباطنة والصدر والمخ والأعصاب بحثا عن علاج هذه الأعراض البيولوجية لكنه يجد أن حالته لا تتحسن لأن أحداً من هؤلاء الأطباء لم يصل إلى موطن الداء البيولوجى برغم كثرة التشخيصات وتعددها . بل إن الانشغال القهرى بالصحة يصبح محور الاهتمام ، خاصة وأن التنوع الشديد فى الأعراض المختلفة لمرض القلق تجعله شبيها الى حد التطابق مع أمراض أخرى . فاذا عجز الطبيب الاخصائى عن أن يجد سببا جسديا غير طبيعى للأعراض فانه يلجأ الى التشخيص الذى يتفق مع تخصصه .

ولعل ما يضاعف من حرج مريض القلق أن أعراضه على مر التاريخ الطبى المسجل كانت ترتبط دائما بأعراض الهستيريا . ويوضح ديفيد شيهان فى كتابه « مرض القلق » أن الأطباء فى الأزمنة الماضية كانوا يركزون على عرض أو عرضين من أعراض القلق ويعتبرونهما مرضا بذاته . وكان أغلب حالات مرض القلق خلال معظم القرن الماضى يسمى الهستيريا . وهذه الكلمة مشتقة من كلمة اغريقية تعنى الرحم . وكانت هذه الحالة تصيب النساء فى سن الحمل بصفة خاصة ، ولذلك ظنوا أن الرحم المتجول هو المتسبب فيها ، لأن الرحم – فى نظرهم – كان يتجول فى بعض الحالات الى مكان آخر فى الجسم، مما يضاعف من حشد الأعضاء فى هذا المكان حشدا يؤدى الى هذه الأعراض . وبصفة عامة فان مرض القلق فى الماضى كان يصنف الى أنواع عديدة : منها القلق بطبيعة الحال والخوف والأعراض الهستيرية حين كان فى الواقع حالة واحدة أو عددا قليلا من الحالات تمر خلال مراحل عديدة مع تطورها بطول الزمن. وكان الفزع هو أوضح أعراضه .

ولا شك أن استمرار نوبات الفزع يؤدى عند معظم المرضى الى نوع أو أكثر من الفوبيا أو المخاوف المرضية . وكلما اشتدت نوبات الفزع وتقاربت ، نشأت المخاوف المرضية بسرعة ووضوح . وغالبا

ما ترتبط هذه المخاوف بالمكان الذى اتفق فيه وجود المريض حيث أصابته أول نوبة شديدة من الفزع . فاذا وقعت النوبة فى نفق فانه يخشى الأنفاق أو الأماكن المغلقة بصفة عامة ، وإذا وقعت فى حقل أو ملعب فانه يخشى الأماكن المفتوحة وهكذا . وغالبا ما يهرب مريض القلق من الأماكن التى ارتبطت فى ذهنه بنوبات الفزع ، مما يربط بين الهروب وتحاشى الموقف بالارتياح . ولكن الهروب ليس علاجا بل يتضاعف مع الزمن خاصة وأن تجنب المخاوف المرضية يؤكدها فى الواقع ويضاعف من حجمها وتأثيرها . وبذلك يصبح لدى المريض نوعان مختلفان من القلق : نوبة القلق المفاجئة التلقائية ونوبة القلق المتوقعة المرتبطة بمكان أو موقف أو شىء معين يمكن أن يثير القلق لأسباب متعلقة بالشخص .

ونوبة القلق المتوقعة تحدث عند توقع شىء مخيف قبل وقوع الخطر الحقيقى أو عدم وقوعه ، إذ يلح على عقل مريض القلق سؤال : ماذا يمكن أن يحدث ؟ ! أو بتحديد أكثر : ماذا يمكن أن يحدث لو أصابنى الفزع عندما أجد نفسى فى هذا الموقف ؟ ! وقد يصيب هذا النوع من القلق الأصحاء الذين يفهمونه بسهولة على أنه خبرة معتادة طبيعية . فمن الطبيعى أن يشعر الإنسان السوى بشىء من القلق المتوقع قبل أن يصعد منصة الخطابة لالقاء خطاب أمام حشد كبير من الناس ، ويمكن

أن يجف لعابه ، وتتزايد دقات قلبه ، ويتصبب عرقه ، وتتقلص أمعاؤه ، وترتجف يداه ، لكنها أعراض سرعان ما تزول عندما يواجه الموقف بالفعل ويندمج فيه بتمكن ونجاح .

أما مرضى القلق العصابى فيتعرضون للنوبات غير المتوقعة فى البداية ، ثم يتعرضون تدريجا لنوبات متوقعة تتزايد بمرور الزمن كلما أصابتهم مخاوف مرضية جديدة . لكن الأصحاء الذين يفهمون النوبات المتوقعة ويتقبلونها على أنها ظاهرة طبيعية ، لا يمكنهم فهم النوبات غير المتوقعة ، ولذلك لا يتميز موقفهم تجاه المرضى بالفهم والتعاطف والمشاركة الوجدانية . وتصل محنة المرضى احدى قممها عندما تتحالف النوبات غير المتوقعة مع النوبات المتوقعة ضدهم ليجدوا أنفسهم فى مرحلة تالية من العجز المتزايد والضياع المتصاعد الذى يجبرهم على العزلة والانزواء . خاصة وأن قلقهم تجاه المجتمع المحيط يتضاعف خوفا من تداعى ثقتهم بأنفسهم ، ووعى الآخرين بما ينتابهم من قلق وريبة وشك ، واحتمال أن يفلت الزمام من أيديهم فيفعلون شيئا محرجا كالإغماء أو الصراخ أو التشنج أو الفرار الى مناطق بعيدة آمنة وغالبا ما يتجنبون المناسبات العامة والأماكن التى يمكن أن يكونوا فيها تحت الملاحظة أو مثارا للاهتمام والتساؤل مما يصيبهم بنوبة من نوبات الفزع المتوقعة أو غير المتوقعة على حد سواء .

وكل هذه المخاوف المرضية تتضاءل أمام نوع من الخوف ندر أن ينجو منه مريض القلق ، وهو الخوف الذى يمكن أن يطلق عليه مصطلح « الخوف من الخوف » أى خوف من الإصابة بنوبة جديدة من نوبات الفزع غير المتوقع . وهو خوف شائع وخطير لأنه أشد وأعنف من المخاوف الأخرى ، ويمارس ضغوطا على أفكار المريض وسلوكه يمكن رصده بوضوح وسهولة لأنه تجسيد حى ملموس لتهديد قائم لكنه غامض ومفاجيء .

ووسط كل هذه الاضطرابات لابد أن يجد الاكتئاب مرتعا خصبا . فالمريض يجد نفسه نهبا لموجات طاغية من الاكتئاب تستولى بسرعة عليه وتتحول الحياة الرحبة الفسيحة الى سرداب مظلم خانق ، وتفقد كل الأشياء معانيها ، ويتساوى الوجود مع العدم . ثم تنحسر الموجات وتزول الحالة دون سبب ظاهر أيضا ، فيتعجب المريض لانتهائها هكذا ، لكن خوفه منها لا ينتهى لأنها كما انحسرت فجأة يمكن أن تغرقه مرة أخرى بنفس الطريقة المفاجئة المباغتة ، خاصة مع سريان التشاؤم فى حياته ، وتصاعد العجز عن تحمل الحياة ، أو العمل ، أو المسئولية العائلية ، واليأس من العثور على علاج فعال .

لكن أعراض هذا الاكتئاب تختلف عادة عن مرض الاكتئاب البيولوجى الذى قد يؤدى الى الانتحار والذى يعالج بالدواء المضاد

للاكتئاب . وقد تنوعت الآن العقاقير المضادة للاكتئاب البيولوجى ، لكنها لا تفيد فى مرض القلق وما يترتب عليه من اكتئاب وانقباض وأسى وشعور بالذنب ، وانعدام الأمل ، وضياع القوة ، وتلاشى الجدارة . ولا شك فان تحالف العجز مع الشعور بالذنب يؤدى الى سقوط المريض فى بئر لا قرار لها . فهناك شعور بالذنب بسبب العجز عن التحمل النفسى لأشياء يتحتم فى نظر الآخرين تحملها ، والعجز عن أداء الدور الطبيعى للأب أو الزوج فى القيام بالمسئوليات والمهام الأسرية ، والعجز عن الاختلاط بالآخرين فى المناسبات الاجتماعية العامة ، والاكتئاب وتلاشى الارادة والاعتماد على الغير . وعلاوة على هذا كله الشعور بالذنب لدى المريض لتسببه فى تقييد حياة الآخرين وتحديد فرص نشاطهم والتأثير السلبى على الاستمتاع بحياتهم . وبذلك يتصاعد القلق بمريضه الى قمة محنة جديدة تتمثل فى اصابته بالإحساس بالذنب لوقوعه فريسة الإحساس بالذنب ، أى يدخل دائرة مفرغة جهنمية من الأسباب والنتائج التى لا تتوقف عن التفاعل والتوالد ومع كل هذه الأعراض المتنامية والمتفاعلة ، من الطبيعى أن تتوقع تأثيرات أخرى مثل الأرق ، وفقدان الشهية سواء للطعام أو للجنس ، مما قد يؤدى بالبعض الى اللجوء الى الخمور والمخدرات للتخفيف من

وطأة الضغوط النفسية . وحتى لو تغلب المريض على أرقه فانه يستيقظ مرهقا متعباً كأنه لم ينل أى قسط من النوم ، وغالبا ما ترتبط اليقظة بشعور دفين بعدم الاستقرار والتهيج ، واليقظة المبكرة فى هذه الحالة تسمى بالأرق النهائى الذى يرتبط بالاكتئاب الداخلى المصحوب بتغيرات كيماوية بيولوجية فى الجهاز العصبى المركزى . كذلك فان هناك ما يسمى بالفزع الليلى عندما يصحو النائم فجأة فى حالة فزع بالغ متبوعة بضيق فى التنفس وزيادة فى دقات القلب ، وغالبا ما يصاحبها شعور بالموت. وقد ترتبط نوبات الهلع الليلى بالكوابيس المخيفة أحيانا . وهناك أيضا حالات النوم المفرط الطويل الذى لا يخفف من الشعور بالضعف والإعياء والإجهاد.

أما القلق الجنسى الذى يفقد الإنسان شهيته للجنس فيأتى نتيجة لاضطراب النشاط الجنسى تحت الضغوط النفسية الناتجة عن نوبات القلق أو الفزع المتوقعة وغير المتوقعة على حد سواء . وينطبق على النساء كما ينطبق على الرجال . فاذا ارتبط الفزع عند المرأة باقتراب بلوغها ذروة الشهوة الجنسية ، فانها سرعان ما تكبت شعورها بالإثارة الجنسية حتى لا تمر بتجربة الفزع كما تظن . أما الرجل المريض بالقلق فانه يعجز عن الانتصاب أو يسرع فى القذف أو يتأخر فيه . وهى كلهـا أعراض تؤدى الى تناقص الاهتمام الجنسى وضعف الدافـــع الجنسى .

والفزع تأثير مشابه على الشهية للطعام ، لكنه تأثير يحمل فى طياته تناقضات صارخة تتراوح بين فقدان البعض لشهيته ووزنه ، وانكباب البعض الآخر على الطعام فيزيد وزنهم وهم بهذا يظنون أنهم يهربون من ضغوط القلق والفزع . وأحيانا يتم تشخيص حالات بعض المرضى خطأ على أنها فقدان الشهية العصبى برغم أنها تختلف عن مرض القلق الذى يوحى أحيانا بفراغ فى المعدة أو ألم حاد أو احساس بالاغماء مما يدفع البعض الى التهام الطعام لملء الفراغ حتى لا يراودهم الإحساس بالاغماء .

وكما يهرب البعض من الفزع الداخلى فى الاستغراق فى النوم أو الانكباب على التهام الطعام ، فان البعض الآخر يلجأ الى الخمور والمخدرات فى محاولة منه للسيطرة على الأعراض . وقد تؤدى فعلا الى التخفيف من هذه الأعراض ولكن لبضع ساعات ثم تتحول الى عبء جديد يتمثل فى ازدياد القلق وتصاعد الفزع بمجرد زوال تأثيرها مما يدفع بالمريض الى المزيد من الشراب أو التدخين أو الاسـتحلاب أو الشم . وربما كان للعقاقير المهدئة تأثير ايجابى الى حد ما فى مثل هذه الحالات ، فهى تخفف من وطأتها دون الوقوع فى براثن الخمور والمخدرات ، لكنها لا تمكن المريض من السيطرة عليها فى الواقع . ومن

أشهر هذه المهدئات الفاليوم والليبريوم والحبوب المنومة بصفة عامة .
لكن يجب أن نعلم أن هذه الحبوب المهدئة والمنومة والمطمئنة لا تقضى على نوبات الفزع . ومع ذلك يشعر المرضى بشىء من تخفيف التوتر والقلق والفزع عند استعمالها ، فيشرعون فى زيادة جرعاتها حتى يزيد تأثيرها وتجنبهم نوبات الفزع . وقد يعد هذا نوعا من الإدمان ، لكن الغريق لا يأنف التعلق بقشة لعل وعسى ، إذ يكفى ان يكون هناك أمل للتعلق بأهدابه ، حتى لو كان أملا شاحبا ، مهتزا ، ذابلا ، عابرا .

أما العلاج الحديث فلا يركن الى المهدئات ، وانما يسعى سعيا حثيثا ليضع يده على موطن الداء البيولوجى والسلوكى والنفسى ، وذلك بتقصى جميع الأسباب التى أدت الى هذه الأعراض لتحديد نوعية العلاج والدواء .

❋ ❋ ❋

الفصل الثالث

الأسـباب البيولوجية والنفسية للقلق

مع بداية فجر الوعى الإنسانى كان القلق من الأمراض الغامضة التى حاول الإنسان أن يجد لها تعليلا أو تفسيرا مقنعا . وبالطبع كانت تفسيراته الأولى قائمة على الخرافة مثل ارجاعه الى الأثر الذى تمارسه الأرواح الشريرة أو الشيطانية فى حياة الانسان ، أو الى دورة القمر التى تمارس تأثيرا منتظما على العقل والوجدان والمزاج ، ثم جاء العصر الحديث ليقدم التحليل النفسى للأسباب المؤدية الى القلق وقد تمثلت أساسا فى الضغوط المتزايدة لتعقيدات الحياة الحديثة .

وكان فرويد نفسه – رائد علم النفس والتحليل النفسى – يعاني من أعراض مرض القلق ولكن بصورة غير مقلقة . لكن تبحره فى دراسات الخوف والقلق أصابه بخوف حقيقى من احتمال اصابته بنوبات القلق ولذلك حرص على اجراء الفحوص الطبية العديدة بحثا عن أسبابه . وكانت نتيجة الفحوص أنه غير مصاب بأى خـلل ذى صفة طبية خطيرة ، وأكد له الأطباء أن أعراضه ترجع الى سبب عصبى فى المقام

الأول . لكن فرويد لم يقتنع تماما بأن الضغوط المتزايدة للبيئة يمكن أن تكون السبب الوحيد المؤدى إلى الإصابة بالقلق ، إذ أن هناك ثغرات لا يمكن تفسير وجودها بمجرد الضغوط النفسية والاجتماعية ولذلك سعى فرويد الى تفسير أشمل وأدق من خلال التحليل السيكلوجي لأحلامه . وصمم نموذجا تفصيليا يعتمد على سيكلوجية العقل وأثر الصراعات الداخلية فى نشأة القلق واستمراره بكل تفاعلاته . وقد فرض النموذج نفسه على كل الذين اشتغلوا بتقصى أسباب القلق من المحللين النفسيين طوال معظم هذا القرن . لكن مع التطورات الأخيرة التى حققتها الأبحاث الطبية والنفسية ، برزت جوانب القصور التى تعتور هذا النموذج النفسى الذى سار على هداه كل المحللين النفسيين ، فلم يعد يطبق بحذافيره وان احتفظ فرويد بقصب السبق الريادى .

وفى الجيل الذى تلا فرويد أشار كثير من كبار الأطباء الى احتمال وجود سبب عضوى جسدى للقلق المرضى : لكنهم عجزوا عن اثباته عضويا من خلال أى خلل بدنى ملموس لأن المخ ظل مستغلقا على التحليل الطبى وظل آخر غدة فى الجسم يدرسها العلماء دراسة مستفيضة مقنعة . وحتى زمن قريب لم تكن من السهل بحث عملياته وتفاعلاته الداخلية ووضعه تكنيكيا موضع الاختبار والتحليل . وهذا

المنهج الجديد لا يزال فى دور التجريب والإنشاء والترسيخ ، وإن كانت الأدلة تتجمع الآن فى هذه المراحل الأولى من الأبحاث لتشير الى الأسباب البيولوجية لمرض القلق والتى اتضحت أهميتها البالغة لكمونها فى قلب المشكلة كلها . ومع ذلك فهذا النموذج البدنى لا يكفى أيضا فى حد ذاته وإن اشتمل على الجانب الحيوى والأكبر من المشكلة ، مما يدل على ضرورة الجمع بل الاتحاد بين النماذج العلاجية الثلاثة : نموذج ضغط البيئة ، والنموذج النفسى والنموذج البدنى أو البيولوجى من أجل ايجاد فهم وعلاج شاملين للقلق المرضى . فاذا كان فى كل نموذج الثغرات التى تدل على قصوره ، لكن سد هذه الثغرات وتلافى هذا القصور ممكنان فى حالة الاستفادة بالنماذج الثلاثة جميعا ، أو من خلال ابتكار نموذج جديد يعتمد عليها بعد أن يتخلص من أوجه قصورها .

وقد ابتكر دفيد شيهان مثل هذا النموذج من خلال عمله كمدير طبى لأبحاث القلق فى قسم الطب النفسى فى المستشفى العام لولاية ماساتشوستس بأمريكا . وكان قد عمل أيضاً مدرسا للطب النفسى بكلية الطب بجامعة هارفارد الأمريكية . وقام بنشر هذا النموذج فى كتابه القيم « مرض القلق » موضحا كيف يتم الارتباط بين الأعراض الكثيرة والمتنوعة ، ونوبات الفزع غير المتوقعة ، ومختلف المخاوف

المرضية بأسلوب يعكس الواقع ويصفه بدقة . وهو الواقع الذى يتمثل فى الأساليب والآليات والتفاعلات وغير ذلك من الأسباب المؤدية الى الأعراض المختلفة والمخاوف المرضية . كما يفترض فى النموذج كمنهاج للعمل أن يصف بدقة كيف يحدث التسلسل حتى يزيد من قدرة المحلل النفسى على التنبؤ بالتطورات المقبلة للمرض وتفاعلاته المحتملة ، وبالتالى يضاعف من سيطرته عليه .

وهذا النموذج ينهض على أساس التفاعل بين القوى الثلاث : القوة البيولوجية والقوة النفسية (الارتباط الشرطى) والقوة الاجتماعية (الضغط الخارجى) . وادراك أسباب التفاعل بينها يساعد الطبيب النفسى على تتبع التطور الطبيعى للاضطراب والعلاقات المتشابكة بين مختلف الأعراض والتداعيات والمضاعفات المترتبة على مرض القلق منذ بداياته . لكن هذا النموذج لا يعد الأمثل ، لأن التطور العلمى بطبيعته لا يعترف بالنموذج الذى يمكن أن يتوقف عنده البحث العلمى . وبذلك لابد أن يتطور النموذج نفسه ويتم تحسينه وصقله باستمرار من خلال الدروس المستفادة من الممارسات المستمرة والتجارب المختلفة والمحاولات المنهجية لاستيعاب كل أبعاد المرض والتغلب عليه فى النهاية .

والفرض العلمى الذى ينهض عليه هذا النموذج يشير الى اضطراب بيولوجى أو كيميائى يطرأ على مركز هذا المرض ثم يواصـــل تأثيره عليه . فكل تفاعلات القلق المرضى تكمن خارج الوظائف الطبيعية وتجربة القلق الطبيعى التى يمارسها كل البشر . وخبراء الطب وضعوا أيديهم على أدلة تشير الى احتمال وجود أساس جسدى للاضطراب ، والى توارث الإصابة بالمرض عن طريق الجينات من خلال المرضى الذين أكدوا لهم أن بعض أقاربهم يعانون من أعراض مشابهة . وقد ثبت من خلال الإحصائيات أنها ظاهرة عامة أكدت أن احتمال الاصابة الموروثة بين الأقارب أكبر منه عند من لا تربطه صلة قرابة بمريض ، بحيث ينتفى عنصر الصدفة الى حد كبير ، ويبرز شبه قانون يقول بأنه كلما زادت صلة القرابة البيولوجية بالشخص المريض ازداد احتمال اصابته بمرضه .

وقد أوضحت نتائج الدراسة على التوائم بأن قوى الوراثة تزيد فى تأثيرها على عوامل البيئة فى نشأة الاضطراب واصابة كل من التوأمين بمرض القلق لو كانا توأمين متطابقين مما لو كانا غير متطابقين . فلو كان المرض راجعا الى التجارب المكتسبة أو ضغوط البيئة لكانت نسبة الإصابة بين التوأمين متساوية بصرف النظر عن تطابقهما أو انعدامه

حيث أنهما نشآ معا فى الوقت نفسه وفى العائلة نفسها وتعرضا للتجارب والبيئة نفسها لكن إذا كان المرض وراثيا فان الطبيب النفسى يتوقع اصابة التوأمين المتطابقين بالمرض بحكم تكوينهما الوراثى المتطابق .

والضعف الوراثى بطبيعته يؤدى الى أنواع من الشذوذ الكيماوى البيولوجى ، وبالتالى الى ظهور الأعراض الجسدية التى تنتاب الضحايا ، أما بالنسبة للتغيرات الكيماوية الحيوية الشاذة الدقيقة التى تترتب على مرض القلق أو تنتج عنه ، فلم يتم تحديدها على وجه الدقة الكاملة حتى الآن ، لكنها مجال بحث مستفيض وشامل بناء على الأدلة الطبية التى توافرت بالفعل فيما يتصل سواء بالنسبة للشذوذ الكيماوى البيولوجى أو بالنسبة للشذوذ فى عمليات بناء الخلايا وهدمها المستمرة داخل الجسم . وأصبحت القضية الآن تتمثل فى كيفية تحديد هذه التغييرات الشاذة تحديدا قادرا على بلوغ أعلى درجات الدقة .

وفى عام ١٩٦٦ قام طبيب يدعى فيريس بتس بتجربة حقن المصابين بمرض القلق بمحلول لبنات الصوديوم فى الوريد وكانت نتيجة التجربة أن انتابتهم نوبات فزع تشبه نوباتهم الفعلية التلقائية . ثم قام بحقن الأشخاص الأسوياء بنفس المحلول فلم تحدث أية نوبات على

الاطلاق ، فى حين زالت أعراض النوبات عند مرضى القلق عندما توقف عن حقنهم . ومن ثم أمكن اكتشاف الحالة ببساطة بحقن هذا المحلول الذى يقوم جسم كل انسان بانتاج مادته .

وفى الخطوة التالية للتجربة اتضح أن اضافة أيونات الكالسيوم الى المحلول من شأنه أن يخفف من حدة النوبات ، كذلك اكتشف فيما بعد أن العقاقير المعروفة باسم كابحات الأحادية المتاكسدة ، والثلاثيات الدائرية تخفف الفزع وغيره من الأعراض التى تسببها اللبنات ومن هنا بدأت سلسلة تفسير حلقات اللغز بعد أن أصبح لدى العلماء النموذج البيولوجى العام الذى يمكن العمل من خلاله بالاضافة الى تكنولوجيا العقاقير اللازمة لتطور البحث وتقدمه .

وفى عام ١٩٨٤ قام فريق من الباحثين فى كلية الطب بجامعة واشنطن باستخدام تكنولوجيا مستخدمة تسمى الفحص المقطعى الذى يعتمد على انطلاق البوزيترون وذلك لتصوير سريان الدم فى الأماكن المختلفة من المخ أثناء نشأة نوبة القلق الناشئة عن الحقن بلبنات الصوديوم . وبالفعل وجدوا شذوذا فى التماثل المفروض وجوده فى سريان الدم بين الجانب الأيسر والأيمن فى منطقة صغيرة فى المخ ، ويبدو أنها تلعب دورا حيويا فى التعبير عن الانفعال بصفة عامة

والخوف بصفة خاصة . وكانت هذه هى المرة الأولى التى استطاع فيها الباحثون تمييز شذوذ معين فى المخ نتيجة لمرض القلق الذى لم يعد مجرد احساس ينتاب المريض كما كان فى الماضى بل أصبح شيئا مادياً ملموسا يمكن رؤيته وتصويره وتحديده .

وتوالى اكتشاف العقاقير التى تقضى على الأعراض بحكم اشتراكها فى خصائص عامة تنطوى على تأثيرات مضادة للمرض ، وبذلك فتح الباب على مصراعيه لاحتمال أن تكون المشكلة بدنية مادية بحيث يمكن التعامل معها من خلال التغيرات الكيماوية البيولوجية المرتبطة بمرض القلق .

هذا عن المستوى البيولوجى لمرض القلق ، أما المستوى النفسى فيحتوى على عدة أنواع مختلفة من الارتباط أو التداعى الشرطى الناتج عن ارتباط أية واقعة فى الذهن باستجابة معينة . وفيما يتعلق بالآثار المترتبة على نوبات القلق التلقائية فانها مباشرة وواضحة فى الإنسان على شكل أعراض فى الجسم كله . لكن ليست كل النوبات تلقائية بالضرورة ، وانما هناك استجابة لمؤثرات خارجية من شأنها احداث نوبات قلق نتيجة للارتباط الشرطى بين الدافـع والاستجابة . فالإنسان الذى تحدث له نوبة قلق فى مترو الأنفاق يمكن أن يشعر

باستجابة بدنية عضوية عندما يجد نفسه مرة ثانية فى نفق لا ارتباط بينه وبين النفق الذى حدثت فيه النوبة من قبل . فاذا كانت النوبة الأولى تلقائية ، فان النفق ، أى نفق ، يصبح بعد ذلك دافعا لاستجابة القلق والخوف ، أى استجابة للرغبة فى الابتعاد والهروب ، وبذلك ينشأ الخوف المرضى عنده فى النهاية متجسدا فى الرغبة فى تفادى دخول النفق بعد ذلك . والخوف المرضى يستقر عادة بعد مرات عديدة من الارتباط بين النوبات التلقائية والوقائع المختلفة داخل المريض إذا كانت النوبات خفيفة وعابرة ، أما إذا كانت حادة وعميقة فانها يمكن أن تصيب ضحيتها بالخوف المرضى أو الفوبيا منذ أول مرة يحدث فيها الارتباط الشرطى . وربما كانت التغيرات الكيمياوية البيولوجية فى الجهاز العصبي والمسببة للنوبات التلقائية دافعا للتعجيل بهذا الالتقاط السريع والحاد للمخاوف المرضية الجديدة .

ولا يمكن وضع حدود أو مواصفات معينة للأساليب التى تحدث بها الاستجابات ، إذ مع ازدياد حدوث النوبات التلقائية فى أماكن وظروف مختلفة ، يزداد عدد الأماكن التى تثير القلق والمخاوف وبالتالى الرغبة فى الابتعاد والهروب . ومع ذلك ليس بالضرورة أن يكون هناك ارتباط بين واقعة معينة وبين النوبة التلقائية الأصلية كى تصبح الواقعة مصدرا

لنوع جديد من الخوف المرضى إذ أن هناك مواقف وأشياء لا يمكن حصرها ، يمكن أن تصبح دوافع للقلق دون أدنى ارتباط بينها وبين القلق من قبل . أى أن أى شىء مهما كان تافها أو عابرا يمكن أن يصبح مصدرا للقلق .

ومن الواضح أن الارتباط بين النوبة التلقائية ونوبة الاستجابة يخلق دائرة مفرغة تدخل المريض فى متاهة لا خروج له منها بدون مساعدة الطبيب النفسى وارشـــاده . ففى البداية ينطلق القلق والخوف بأعراضهما من داخل الفرد نتيجة للنوبة التلقائية وبمرور الزمن تصبح المواقف البيئية المختلفة من خلال الارتباط الشرطى قادرة على اثارة القلق والمخاوف المرضية . وقد تختفى النوبات التلقائية فى أى وقت ، لكن المخاوف المرضية الناتجة عن الاستجابة لمختلف المواقف يمكن أن تستمر طالما أن الارتباط الشرطى متوفر . أما إذا عادت النوبات التلقائية فانها تمتزج بالمخاوف أو الاستجابات المرضية للمواقف المختلفة ، بحيث يصبح لأعراض القلق والمخاوف المرضية رافدان : أحدهما من داخل المريض بسبب التغيرات الكيمياوية البيولوجية والآخر من خارج المريض متمثلا فى المواقف المختلفة . ومع ذلك يشعر المريض بالفرق أو الاختلاف بينهما من خلال خبرته بكليهما . أما الخبرة الأولى

فهى النوبة التلقائية التى تهاجمه على غرة من الداخل دون أى تمهيد ، فى حين تتمثل الخبرة الثانية فى القلق التوجسى أو التوقعى الناتج عن ارتباط الموقف الخارجى بالنوبة التلقائية الأصلية .

لكن عامل الزمن ليس دائما فى صالح مريض القلق ، إذ كلما طال عليه المرض واشتدت النوبات التلقائية فى حدتها وزادت فى عددها ، تكالبت المخاوف المرضية على المريض ، والتى تنتشر بطريقة التماوج أو التداعى الذى يحدث عندما تلقى حجرا فى بركة ما راكدة ، فان الأمواج تتسع وتنتشر فى دوائر بعيدة ، وهى تضعف كلما ابتعدت عن مصدر الحركة لكنها توضح أن التأثيرات أوسع بكثير من نقطة التحريك الأولى . ويورد ديفيد شيهان نموذجا على هذا التأثير المتماوج والذى يسمى فى علم النفس بتعميم الدافع وتوسيع قاعدته ، وهو نموذج المريضة التى انتابتها نوبة فزع تلقائية عندما دعتها جارتها لمشاهدة قطتها الجديدة ، فصارت تخاف من كل الحيوانات ذات الفراء ، بل ومن ارتداء ملابس الفراء ، وتطور بها الفزع لتفقد القدرة على احتمال مشاهدة النسوة الأخريات وهن يرتدين ملابس الفراء ، وهذا يعنى أن الدافع الأصلى امتد فى البداية الى الأشياء التى ارتبطت به ، ثم اتسع بمرور الزمن الى مجال أشمل ليحتوى كل الأشياء المرتبطة به من بعيد

والتى انضمت الى المجموعة القديمة من دوافع القلق ، لكن الدوافع المتباعدة عن مركز التأثير والتحريك ليست فى قوة المصدر المركزى من حيث اثارة القلق .

وهو تعميم للدافع وتوسيع لدائرته وأمواجه عندما يكون الفرد غير مدرك لدافع القلق عنده . فمثلا المريض الذى تداهمه نوبة تلقائية فى مترو الأنفاق ، لا يحتمل وجوده فى أى مترو آخر ، ثم فى أى نفق آخر بدون مترو ، ثم فى أى مكان مغلق ليست له أدنى علاقة بمترو الأنفاق لكن هناك علاقة شرطية تكمن فى كون المكانين يشتركان فى الانغلاق ، ومع ذلك لا يدرك الفرد كنه هذه العلاقة عندما تداهمه نوبة الفزع من أى مكان مغلق : سيارة ، غرفة ، قاعة ، دورة مياه .... الخ . ولما كان المصاب بالقلق يشتكى من نوبات مفاجئة من القلق التلقائى تداهمه دون اثارة خارجية أو تمهيد أو انذار ، فمن الطبيعى أن تتسع دوائر قلقهم مثل الأمواج وبالتالى تشمل أنواعا جديدة من المخاوف المرضية . وهكذا تتزايد الدفقات وتتسارع بمرور الزمن إذا لم تجد الطبيب النفسى الذى يكبح جماحها ويجبرها على الانحسار .

ومرور الزمن ليس فى صالح المريض لأنه يقع تحت رحمة مجموعات معقدة ومتشابكة من الدوافع الداخلية والخارجية التى تتسبب فى القلق

الذى يؤدى بدوره الى محاولات تجنبه والهروب منه ، دون أن يكون القلق والهروب منه على صلة مباشرة بالدوافع المركزية التى لا تخضع للارتباط الشرطى . فالمخاوف المرضية لا تمتد أو تنتشر بين المواقف المتشابهة من الناحية المادية فحسب ، بل المتشابهة من الناحية اللفظية أو الاسمية أيضاً ، بل ويمكن أن تتحول الى مواقف مرتبطة بكل فرد من الناحية الشخصية البحتة ، إذ أن شبكات الارتباط والتداعى تختلف من فرد الى آخر اختلاف بصمات الأصابع ، مما يضاعف من صعوبة تفسير الاضطراب فى المخاوف المرضية عن طريق الوسائل النفسية أو السلوكية وحدها .

لكن إذا كان بعض مرضى القلق يعانون من عدم تفهم الآخرين لهم على أساس أنهم يبالغون فى اظهار أعراض مرضهم الذى لا يتعدى كونه مجرد نوبات ضيق واحباط عابرة ، فان التعاطف الكامل مع هؤلاء المرضى له تأثير لا يقل فى السوء عن انعدام تفهم حالتهم ، إذ أن التعاطف الكامل معهم قد يؤدى بالفعل الى تدعيم أعراض المرض . قد يكون التعاطف أمرا مرغوبا فيه ومطلوبا من ناحية المشاركة الوجدانية والإنسانية ، لكن لابد من ادراك أن مثل هذا التعاطف يؤدى الى تدعيم

السلوك المرضى وترسيخه ، وتوسيع دوائر الدوافع المختلفة لتضم بين أمـــواجها مخاوفا جديدة وهكذا . والتعـــاطف هنا يعنى شقيه : المعنـــوى والمادى .

والارتباط الشرطى لا يقتصر على العلاقة بين الدافع والاستجابة أى بين الموقف والمخاوف التى يثيرها ، لكنه يمتد ليشمل الربط بين مواقف أو أشياء معينة وبين الشعور بالارتياح والخلاص . ولذلك يحرص معظم المرضى على تلك العلاقة السعيدة بين الدافع والاستجابة والتى تساعدهم على تخفيف القلق أو تجنب النوبة أو مواجهتها باحساس ايجابى متفائل ، وغالبا ما تساعد هذه الارتباطات الشرطية المريحة المرضى الى حد ما ، لكنها تظل الى حد كبير مثل القشة التى يتعلق بها الغريق . وهذه الارتباطات قد تبدو غريبة وشاذة فى نظر الآخرين لأنها تتميز بفردية شديدة للغاية ، لكنهم لا يعبئون برأى الآخرين ونظراتهم لأنها بالنسبة لهم قد تكون طوق النجاة الوحيد وسط محيط من الفزع . فمثلا مريض القلق المصاب بمخاوف الإصابة بعدوى أى مرض وكل مرض ، يظن أنه لو رفع المنديل المضمخ بالكولونيا والذى يضعه باستمرار عـلى أنفه ، فســوف يصاب بكل أمراض الدنيا التى لن

تتركه الا جثة هامدة ، فقد صورت له مخاوفه أن حياته أصبحت معلقة بهـذا المنـــديل .

ولا تقتصر نوبات القلق التلقائية على عضو محدد فى الجسم ، وانما يمكن أن ينقل أحد الأعضاء الاحساس بالقلق الى عضو آخر قد لا يكون قد سبق له أن أثر فيه تأثيرا واضحا ملموسا ، بحيث يلاحظ المريض أن عددا كبيرا من نوباته التلقائية تعتريه من غير سبب معقول وفى عضو من أعضاء جسده ليست له أدنى علاقة بدافع القلق . بل يجد نفسه وقد انتابها القلق فى أكثر لحظات حياته متعة وبهجة . لكنه قد يكتشف أن سرعة دقات قلبه عندما يكون مستمتعا بمشاهدة مباراة مثيرة فى كرة القدم ، أو ممارسا للرياضة البدنية ، أو مستغرقا فى الضحك ، هذه الدقات السريعة لقلبه هى التى تصيبه بنوبة قلق أو فزع لارتباطها بتجربة سابقة أدت الى هذه النوبة . والنتيجة أن عضوا فى الجسم قد تحولت وظيفته الى إثارة القلق والخوف على الرغم من أن وظيفته الأصلية لا تؤدى الى هذا على الاطلاق . أى أن المسألة ليست قاصرة على أن القلق يمكن أن يؤدى الى كل أنوا ع التغيرات البيولوجية فى أعضاء الجسم المختلفة ، بل ان العضو أو بعض وظائف الجسم قد

يصبح دافعا للقلق أو النوبة بدلا من كونه مجرد مستجيب له . لكن هذا النوع من الارتباط الشرطى غير المباشر للدوافع الداخلية يستغرق وقتا أطول فى نشأته ونموه وتطوره من الارتباط الشرطى المباشر للدوافع الخارجية . لكنه أكثر رسوخا وعمقا إذا تمكن من المريض ، وأكثر صعوبة فى محاولة ارتداده الى دوافعه الأولى . ولذلك يعجز المريض عن فهم هذه الأنواع من القلق نظرا لأن الغالبية العظمى من الأعراض التى يثير بعضها بعضا فى مجموعات مختلفة وتواليف متشابكة وعلاقات معقدة ، لا علاقة ملموسة بينها فى الظاهر .

وقد تختفى سلوكيات الخوف والقلق التى كانت تميز إنسان ما فى مرحلة مبكرة من مراحل النمو ، بل وينساها تماما فى مرحلة البلوغ الناضج ، لكنه إذا وقع تحت وطأة اثارة عالية ، فان المخاوف القديمة المطمورة يمكن أن تثار وتنشط من جديد . خاصة وأن بعض الناس يولدون باستعداد بيولوجى لتعلم مخاوف مرضية معينة بطريقة أسهل من تعلم مخاوف أخرى . وربما كان من المحتمل فعلا أن التغيرات الكيميائية البيولوجية التى تحدث أثناء نوبة القلق التلقائية ، ترتبط بتغير فى انتاج بعض المواد الكيميائية العصبية المعينة ، تغيرا يؤدى بالتالى الى تغيير أنماط الارتباط الشرطى الطبيعى ، بحيث يصبح المجال

مفتوحا على مصراعيه للمخاوف المرضية كى تهاجم المريض بطريقة أيسر وأسرع وأعمق وأبقى .

هذا على مستوى القوة البيولوجية ، وقوة الارتباط الشرطى ، أما على مستوى قوة الضغط البيئى فقد أصبح من الحقائق التى لا تقبل الجدل أن ضغوط البيئة قوة ملموسة تتسبب فى اثارة القلق ، بل أصبح من الصعب وجود نوع ما من القلق لا يرتبط أساسا بالضغوط ، حتى إذا كان هناك نوع من اضطراب القلق لا تمارس فيه ضغوط البيئة إلا دورا ضئيلا . ومع ذلك فان الأبحاث الحديثة أوضحت أن ضغوط البيئة على مرضى القلق قد بولغ فيها فى الماضى ، الى حد ما ، لأنها لا تزال قاسما مشتركا فى كثير من الحالات وان اختلفت درجات حدتها .

ويمكن تقسيم ضغوط البيئة الى نوعين أساسين : الضغط المباشر الذى تسببه المواقف غير الطبيعية فى البيئة أو الأشياء الطارئة المفاجئة التى تضع الانسان فى مأزق لا يعرف كى يخرج منه مثل تعرض إنسان للتهديد ، أو لفقدان وظيفته ، أو لاصرار زوجته على الطلاق ، أو لإصابة طفله بمرض ، أو تعرض فتاة للاغتصاب ، أو غير ذلك من الصور الشائعة للقلق والناتجة عن الضغوط المباشرة للطبيعة .

أما النوع الثانى من الضغط فهو ينهض على الصراع بين قوتين متضادتين لا يعرف الإنسان التوفيق أو الاختيار بينهما ، مثل الصراع بين الارادة والواقع ، بين الرغبة والممكن . فكلتاهما متصارعتان بدرجة متساوية ، وتتبادلان الشد فى اتجاهين متنافرين مثل الرئيس فى العمل الذى تثقله المشكلات فيضطر الى الاختيار بين خيارين كلاهما مر ، أو المرأة الشابة ذات القلب الموزع بين حبيبين لا تعرف أيهما تختار ، ولذلك تقع تحت ضغط الحيرة والتردد بين هذا وذاك .

وبصفة عامة فان كل أنواع الضغوط البيئية يمكن أن تزيد مرض القلق سوءا ، لكنها لسيت بالضرورة علة للمرض ، وانما تعد فى حالات كثيرة عاملا حيويا فى تفاقم المرض ، والتعجيل بظهور أعراضه ، ومضاعفة الأعراض فى شدتها وتكرارها ، وإضعاف مقاومة المريض وقدرته على مواجهة المرض ، وتأخير شفائه . ولذلك لا يمكن تجاهل هذه الضغوط لقيامها بدور بالغ الأهمية والحيوية ، فتجاهلها لا يعنى سوى فشل الطبيب النفسى فى علاج المرض ، أما عن الكيفية التى تتفاعل بها الضغوط مع القوى الأخرى : الوراثية الكيميائية البيولوجية البدنية ، والقوى النفسية المتعلقة بالارتباط الشرطى المباشر وغير المباشر ، هذه الكيفية ومداها فى حاجة الى الحسابات الدقيقة التى تمنح كل قوة الاهتمام العلمى والتحليل الجدير بها .

الفصل الرابع

أحـدث روشتة لعـلاج القلـق

يتضح لنا مما سبق أن القلق ليس مجرد مشكلة نفسية ، لكنه مرض فعلى يمكن أن يؤدى الى حالات طبية مرضية مثل ارتفاع ضغط الدم ، وزيادة الوفيات الناتجة عن مرض القلب ، وادمان الخمور والمخدرات ، وارتكاب الانتحار ، ومن هنا كان وقوف الطب النفسى له بالمرصاد واكتشافه العقاقير والأدوية لعلاج الجوانب التى كانت خافية على الرعيل الأول من علماء النفس . ويمكن الآن علاج الغالبية العظمى من المرضى إذا تولى الاخصائيون علاجهم . ولم يعد هناك أى خوف يمكن أن يصيب المرضـــى للقدر الـذى كتب عليهم بأن يقضوا حياتهم مع الفزع ، بل يمكنهم الآن ألا يقبـلوا إلا بالنتائـــج الايجابية الشاملة للعلاج ، خاصة وأن هناك ما يثبت الآن أن نسبة الوفيات تزداد بين المصابين بنوبات الفزع لو تركوا بدون علاج .

ونظرا لأن العلاج لم يعد نفسيا فقطا ، أو سلوكيا فقط ، أو بيولوجيا فقط ، بل يتابع العناصر الثلاثة ويحلل التفاعل القائم بينها ،

فانه يسعى الى تحقيق أربعة أهداف تتمثل فى السيطرة على العمليات الكيميائية البيولوجية المرتبطة ببناء الخلايا وهدمها بصفة مستمرة فى الجسم ، والتغلب على المخاوف المرضية أو الفوبيا ، وتقويم الضغوط النفسية البيئية ، والرعاية على المدى الطويل .

وهذا الترتيب المرحلى للعلاج والذى يبدأ بالعلاج بالأدوية أولا ، ثم العلاج السلوكى ثانيا ، ثم العلاج النفسى ثالثا ، يختلف عن الأسلوب الذى كان شائعا فى الماضى والذى كان يبدأ أولا بالعلاج النفسى أى العلاج بالكلام ، فاذا فشل هذا العلاج بعد بضعة شهور كان المريض يحول الى الأخصائى النفسى ليطبق عليه منهج العلاج السلوكى من مخاوفه المرضية مع التدريب على الاسترخاء . فاذا لم تتحسن حالته فان يعالج بالمهدئات الخفيفة .

أما الآن فالعلاج يبدأ بالأدوية أولا ثم بالعلاج السلوكى ثانيا ثم بالعلاج النفسى ثالثا ، إذ ثبت أن عنصر العمليات \الكيميائية البيولوجية المرتبطة ببناء الخلايا وهدمها بصفة مستمرة فى الجسم هو السبب الأقوى فى القلق ، بل من العسير تحقيق أى تقدم معقول فى علاج الاضطرابات دون السيطرة بالأدوية على هذه العمليات الكيميائية البيولوجية . فاذا ما تم ذلك أصبح من الأسهل قهر المخاوف المرضية

بالعلاج السلوكى ، وقد لا يحتاج اليه الاخصائى فى بعض الأحيان .
فاذا تم علاج المخاوف المرضية فلا يتبقى سوى ضغوط البيئة وتاثيراتها ، أما إذا ثبت عدم وجود مشكلات بيئية فان العلاج النفسى يصبح خطوة لا ضرورة لها .

والخطوة الأولى للتشخيص الصحيح تتمثل فى الفحص الطبى الشامل ، حتى يتم استبعاد أى أمراض طبية يمكن أن تسبب أعراضا مشابهة حتى لا يضيع الأخصائى جهده ووقته بالدخول فى مسارات بعيدة عن بيت الداء ، وحتى لا يتأخر المريض فى الحصول على العلاج المناسب المبكر . فاذا انتهى الاخصائى من هذه الخطوة ، ينتقل الى الخطوة التالية التى تتمثل فى استبعاد حالات الهلاوس التى تجعل المريض يرى أشياء أو يسمع أصواتا لا وجود لها فى الواقع ، وحالت الهذاءات التى تتمثل فى المعتقدات الخاطئة التى لا تتفق مع تكوين الإنسان العقلى والنفسى وتدفعه الى أن يعيش الوهم على أنه واقع ، مثل الإنسان الذى يصرح بأنه يشعر بالقلق لأن صوتا أخبره بأنه نابليون ، فهذه هى الهلوسة ، أما إذا أكمل بأنه على وشك أن يستقل الباخرة الى منفاه لأنه ديكتاتور طاغية وأنه قلق من جراء نفيه بهذا الشكل ، فهذا هو الهذيان لاعتقاده أنه نابليون فعلا كما أخبره الصوت

تماما . كذلك هناك حالات الفصام (الشيز وفرانيا) والتى تجمع الهلاوس والهذاءات وموت المشاعر الطبيعية والشعور بالاضطهاد وتقمص أفكار الآخرين الذين يقرأونها بسهولة ، وحالات الهوس الاكتئابى التى تتراوح بين قمم الكآبة وقمم النشاط والبهجة وعدم الاحساس بظروف البيئة المحيطة .

فاذا لم تكن هناك هلاوس أو هذاءات واضحة ، أصبحت الحالات الأخرى أمرا بعيد الاحتمال ، وفى امكان الأخصائى أن ينتقل الى الخطوة الثالثة من التشخيص لمعرفة عما إذا كانت الأعراض قد أصابت المريض من قبل ، والنوبات التلقائية قد وقعت نتيجة لضغوط استفزازية أو بدون ضغوط على الاطلاق فاذا كانت الإجابة بالإيجاب فان هذا دليل على أنه مصاب بمرض القلق . أما إذا كانت النوبة استجابة لضغط واحد محدد أو لمواقف مخيفة ، أى أنه لا يظهر فجأة ابداً بدون دافع خارجى ، فان احتمال الاصابة بمرض القلق يصبح ضعيفا . أى أنه قلق خارجى الدافع لا يظهر إلا استجابة للأحداث الخارجية .

ثم تأتى المرحلة الرابعة والأخيرة فى التشخيص والتى تصل به الى أفضل مستويات الدقة من خلال تحديد وجود المخاوف المرضية ونوعيتها ، لأن وجودها يضيف تعقيدات جديدة لعملية التشخيص

التى تتطلب أساليب مختلفة فى العلاج . لكن بمجرد الانتهاء من هذه التحديدات يبدأ اختيار الدواء الذى لا يخرج عادة عن مجموعات خمس من الأدوية التى ثبتت فاعليتها فى السيطرة على مرض القلق ، المجموعة الأولى هى كابحات الأمينات الأحادية المتأكسدة وتشمل أدوية نارديل وماربلان وبارنيت ، والمجموعة الثانية هى مضادات الاكتئاب الدائرية الثلاثية وتشمل أدوية نوفرانيل ونوربرامين وايلافيل ولوديوميل ، والمجموعة الثالثة وتشمل دواء ديزيريل ، والمجموعة الرابعة هى مضادات الاكتئاب الرباعية وتشمل دواء تولفون ، والمجموعة الخامسة وتشمل أدوية زاناكس وكلونوبين وديازيبام .

لكن لاتزال استجابة بعض المرضى لأحد هذه العقاقير أفضل من غيره لأسباب لاتزال غامضة . لكن المجموعة الأولى بصفة عامة من أكثر العقاقير فعالية ، وان كان الطبيب يجد فى تجديد جرعتها وتنظيمها صعوبة أكبر من المجموعات الأخرى ، بالاضافة الى أنها ترفع ضغط الدم عند تناول الأطعمة التى تحتوى على مادة تايرامين والتى يأتى الجبن فى مقدمتها . ولذلك يتحتم على المرضى تجنب بعض الأطعمة والمشروبات والأدوية التى تتعارض مع هذه العقاقير وتسبب هذه المتاعب . لكن ليس كل المرضى قادرين على الانتظام فى اتباع تعليمات

الطبيب سواء عن جهل أو أهمال أو نسيان ، ولهذا يتجنب بعض الأطباء وصف عقاقير هذه المجموعة التى تحتاج أيضاً الى دقة متناهية فى تحديد جرعاتها وتنظيمها .

أما عقاقير المجموعة الثانية فتستخدم على نطاق واسع فى علاج حالات الاكتئاب الشديد . وقد ثبت أن دواء نوربرامين هو أقل أدوية المجموعة المذكورة فى آثارة الجانبية وفى جلبه للنعاس فى حين أن دواء ايلافيل لا يشتمل على هذه المميزات . أما دواء توفرانيل فهو الأساس لكل مضادات الاكتئاب ، ويميل كثير من الأطباء الى استخدامه وإذا كانت أدوية هذه المجموعة لا تفرض على المريض قيودا معينة فى الطعام والدواء ، الا أنها قد تزيد من اضطراب القلب ، وقد تسبب تشنجات فى بعض الحالات النادرة . أما دواء ديزيريل من المجموعة الثالثة فيعتبر أقل اثارة للآثار الجانبية من الأدوية السابق ذكرها ، وإن كان يسبب النعاس فى البداية ، كما أنه فعال فى بعض الحالات التى لا تستجيب لأى دواء من مجموعات الأدوية الأخرى .

وعلى المريض ألا يتوقع استجابة سريعة للدواء ، إذ أن السيطرة الدائمة على النوبات التلقائية لا تتأتى إلا بعد شهر على الأقل من بدء الانتظام فى تناول أحد أدوية المجموعات الأربع الأولى . أما دواء

زانـاكس مـن المجموعة الخامسة فدواء جديد لا يحتوى على الآثار الجانبية للأدوية السابقة ، إذ أن تأثيره يبدأ خلال الأيام القليلة من بدء تناوله ، وإن كان يتسبب فى النعاس أو الخمول ، ولابد من تناوله بانتظام وعلى جرعات متقاربة حتى تظل النوبات تحت سيطرة قوية .

أما الأدوية التى تستخدم كثيرا فى علاج أعراض القلق مثل بروبرانولول فهى لا تفيد بصفة شاملة فى علاج مرض القلق ، وإن كانت تمنع بعض أعراض الحالة مثل سرعة دقات القلب وارتعاش اليدين . ولعل استخدامها المثالى يتمثل فى علاج القلق الذى ينتاب البعض عندما يزعمون أداء شىء معين خاصة إذا كان أمام الجمهور ، ويشـــترط فى الوقت نفســه ألا يكون هذا البعض مصابا بمرض القلـق .

وعموما فاختيار الطبيب لعقار معين من هذه المجموعات الخمس يتوقف أساسا على الآثار الجانبية التى يمكن أن يتحملها المريض ، ودرجة الحسم التى يحتاج اليها الطبيب من أجل السيطرة على تطورات المرض ، خاصة وأنه قد ثبتت فعالية كل هذه الأدوية ولذلك أصبح اختيار العقار وتحديد الجرعة وتنظيمها حلا للمعادلة التى توازن بين أقل آثار جانبية ممكنة وأكبر قدر من السيطرة على المرض لحين كبح جماحه

تماما – ولذلك لابد من استراتيجية طويلة النفس لاستمرارية العلاج حتى بلوغ الشفاء التام . فاذا توقفت نوبات الفزع فعلى المريض أن يستمر فى تناول الدواء شهورا عديدة ، ويخفض بعدها الدواء بالتدريج خلال الأسابيع التالية . لكن إذا امتد تعاطى المريض لجرعات مناسبة للدواء لمدة تتراوح بين شهر ونصف وشهرين دون استجابة للدواء ، فقد تحتم تغييره الى دواء من المجموعات الأربع الأخرى .

ومن الواضح أن التحديد الصحيح للجرعة فى تعاطى أى واحد من هذه الأدوية التى تتميز كلها بالفعالية ، أكثر أهمية من اختيار نوع الدواء نفسه ، اذ أن نقصا بسيطا فى الجرعة قد يقضى على فعالية الدواء تماما . وعموما فالجرعة التى يحصل بها المريض على أفضل نتيجة هى الجرعة التى يشعر معها ببعض الآثار الجانبية المألوفة للدواء فاذا لم يشعر المريض بأية آثار جانبية ، فربما بهذا لم يصل الى أنسب جرعة لتحقيق النتيجة المرجوة .

والمشكلة الفعلية فى مرض القلق أنه حالة متعددة الجوانب ولا يقتصر أمره على عرض أو عرضين . ولذلك تحتاج كل هذه الجوانب الى الاهتمام بها من أجل بلوغ العلاج الشامل الفعال . كذلك فان بعض المرضى يجدون الآثار الجانبية للأدوية كريهة لدرجة لا تحتمل مما

يدفعهم الى التوقف عن تناولها قبل الأوان مما يؤدى الى فشل العلاج ، لانهم لا يدركون أن الآثار الجانبية الكريهة تخف بشكل واضح بعد حوالى شهر من بدء التعاطى . ولذلك يتحتم عليهم الصبر والاحتمال حتى يتم العلاج ، اذ أن هذه الاثار الجانبية غير خطيرة بصفة عامة مهما كانت كريهة ومقلقة على المدى القصير .

وفى كثير من الأحيان فان الدواء هو كل ما يحتاج اليه المريض للتغلب على مرض القلق . وعندما تتوقف النوبات التلقائية يشعر المريض بالثقة والارتياح مما يساعده على مواجهة المواقف التى كان يتجنبها من قبل . وسرعان ما يشعر بروح الانتصار بعد قليل من التدريب على مواجهتها . وغالبا ما يحدث هذا عندما يكون المرض حديثا أو خفيف الوطأة . لكن أفضل ما تفعله الأدوية يتمثل فى منع النوبات التلقائية . أما تأثيرها على المخاوف المرضية فيبدو أبطأ وأقل وضوحا . ولذلك يتحتم على المريض العودة لمواجهة الموقف المثير للقلق والخوف أكثر من مرة حتى يتمكن من السيطرة عليه تماما .

هنا تبرز ضرورة العلاج السلوكى ، خاصة إذا كانت المخاوف المرضية من الشدة والعنف بحيث تجبر المريض على الهرب من مواجهة الموقف المخيف برغم استجابته للدواء واختفاء النوبات وتحسن حالته

من عدة أوجه . والعلاج السلوكى له عدة قنوات تتمثل فى ازالة الحساسية بمنهج منظم ، وهو المنهج الذى كان أول وأهم أنواع العلاج السلوكى ، ويعتمد على المواجهة التدريجية التى يصحبها الاسترخاء العميق للعضلات . وتكون المواجهة أولا نظريا وتصورا فى الخيال ثم تنتقل المواجهة الى موقع الموقف الفعلى ، أى أنها عملية منظمة ومنطقية وغير مزعجة ، لكنها بطيئة ومكلفة وتتطلب خبيرا مدربا على استخدامها . ومع ذلك فقد أحرزت تقدما كبيرا بالنسبة لغيرها من العمليات الأخرى منذ عام ١٩٥٨ الذى ابتكرت فيه .

ثم تأتى الوسيلة أو القناة الثانية للعلاج السلوكى وتتمثل فى عملية الإغراق التى أصبحت شائعة الآن ، وفيها يتم الاستغناء عن التدريب على الاسترخاء . وعلى المريض أن يتصور الموقف الذى يثير خوفه مباشرة وبمنتهى الحسم ، ثم يتكرر التخيل والتصور المبالغة فيه بكل أبعاده الدقيقة وتفاصيله المملة فترات طويلة حتى يتكيف مع الموقف الذى يتحول من موقف مخيف الى موقف مألوف فى النهاية . أى أنه يتم اغراق المريض بعين خياله الذى يحيط الموقف بكل صور المبالغة بحيث يصبح الموقف الواقعى المخيف أخف وطأة من الموقف المتخيل والمبالغ فيه ، عندئذ تزول كل مخاوف المريض التى ارتبطت بالموقف الواقعى .

أما الوسيلة التالية للعلاج السلوكى فتكمن فى التدريب على الاسترخاء وهى الوسيلة المشهورة التى تعتمد على سلسلة تداعى الخواطر والهواجس فى تدفق تلقائى يرفع كل الحواجز والقيود التى تمنع المريض من بلوغ حقيقة الموقف المخيف وجوهره .

ثم تأتى عملية اعادة التنظيم المعرفى التى تعتمد على نظرية الارتباط الشرطى والادراك أو التعلم القائم عليه . خاصة وأن المرضى بالمخاوف المرضية يستسلمون للتفكير السلبى ولا يرون من الحياة سوى جانبها المظلم ومصائبها المحبطة ، بحيث يتحول عندهم الى نمط مرضى لإدراك الحياة ومعرفتها . ولذلك يهدف الطبيب من اعادة التنظيم المعرفى الى تحويل هذه الأنماط السلبية والمتشائمة من التفكير الى أفكار ايجابية ومعارف متفائلة .

أما الوسيلة التالية فتتمثل فى التعرض للواقع ومواجهته ، بحيث يقوم المريض بالتصرف الفعلى والحقيقى والمباشر والطويل والمتكرر الذى لافكاك منه . وقد أثبتت هذه الوسيلة قدرتها على توفير الجهد والوقت بحيث اختصرت العلاج من عدة شهور الى ساعات قليلة ، خاصة إذا كان المريض مصاباً بنوع واحد من الخوف المرضى ولا تصيبه النوبات التلقائية أبداً . أما إذا لم يحتمل المريض ضغوط العملية

المتزايدة فلابد من اســتخدام التــدرج البطيء المتأنى ، أو التدريب على الاســترخاء لاكتساب السيطرة علــى الذات والتمســك بالهدوء وســط الخطــر .

وبصفة عامة فان كل أنماط العلاج السلوكى تستدعى أن يعقد المريض العزم على قهر مخاوفه المرضية ، فان الارادة الذاتية قادرة على كسب نصف المعركة إذا كانت جرعة الدواء قد تحددت بطريقة صحيحة ، حتى وان كانت مخاوفه المرضية قد أعجزته سنوات عديدة . والتغلب على المخاوف المرضية القليلة الأولى يحتاج الى أكبر قدر ممكن من الشجاعة . لكن الثقة تتزايد مع كل هزيمة لأحد المخاوف ، ويصبح الأمر أيسر وأيسر .

أما الضغوط الخارجية فتحتاج الى العلاج النفسى الذى يعتمد على ثلاث خطوات مهمة : الاستماع ثم توضيح المشكلة وأخيرا تدعيم وترسيخ أية تغييرات لحل المشكلة .

وضرورة الاستماع تنبع من أن كل مريض له مخاوفه الخاصة ومشكلاته المتفردة برغم أن المرضى ينعنوون تحت بند مرض القلق بصفة عامة . من هنا كان واجب الطبيب النفسى الذى يحتم عليه الانصات بكل جوارحه لكل ما يفضى به المريض من هموم وآلام

وهواجس ومخاوف مهما كانت تافهة أو مملة ، فالمرضى يستجيبون بطريقة فعالة ومؤثرة للذين ينصتون اليهم فى تفهم واحترام ، ويتقبلون ما يقولونه على علاته – على الأقل فى بداية جلسات الاستماع – دون انكاره أو احتقاره أو تنظيره أو الحكم عليه أحكاما متعجلة غير ناضجة . والطبيب النفسى الخبير يدرك أن مجرد لمحة أو لفتة منه ، غير مقصودة أو عابرة ، يمكن أن يفسرها المريض تفسيرات قد تؤثر على مسار العلاج تأثيرات سلبية للغاية . فالعلم الغزير والخبرة العميقة ليسا السلاح الوحيد للطبيب النفسى وانما عليه أن يتحلى برحابه الصدر ، وطول الأناة ، وقوة التحمل ، واستيعاب كل مظاهر الضعف البشرى ، وذلك حتى لا يتسرع فى التحليل أو التقويم أو اصدار الحكم . والمريض لم يهرع الى الطبيب النفسى الا لأنه شعر بأنه الملجأ الأخير له ، ولنا أن نتصور صدمة المريض ومداها وفداحتها إذا فقد الأمل فى هذا الملجأ ، خاصة إذا اعتبر الطبيب أن الأعراض التى تنتاب المريض هى مجرد أمور أو أوهام أو هواجس أو مخاوف فى ذهن المريض ولا أساس لها من الواقع ، فهذه الأعراض واقع مادى ومخيف مثل كابوس جاثم على جسد المريض ونفسه ، وقد تكون واقعه الوحيد .

أما توضيح المشكلة وتكشفها فيبتدى أثناء جلسات الاستماع.
ولاشك فان الضغوط التى تنشط الاستعداد البيولوجى للمريض من شأنها أن تزيد من حدة الحالة ، وأن تؤخر من الشفاء . ولذلك ينبغى على الطبيب النفسى أن يحدد كل هذه الضغوط والصراعات والمخاوف والنوبات التلقائية تحديدا دقيقا حتى يمكن توضيحها وكشفها بقدر الامكان . فاذا كشف الطبيب أول طبقة جاثمة على سطح التراكمات ، فان الطبقة التالية تبدو واضحة للعيان وهكذا . وليس هناك منهج جاهز للعلاج بكل خطواته وتفاصيله ، بل هناك قانون الاحتمالات الذى يساعد الطبيب على المراجعة التفصيلية للحلول المختلفة الممكنة للمشكلات ، وتدعيم المزايا وتجنب العيوب فى هذه الحلول بطريقة منظمة حتى لا يدخل الطبيب مع المريض فى متاهاته . وفى خطوة توضيح المشكلة كما فى خطوة الاستماع ، تتم العملية دون اصدار لأحكام عملية قد يتحتم علـــى الطبيب أن يعـــدلها فيما بعد فى مرحلة تدعيم التغييرات وترسيخها .

بعد مرحلتى الاستماع وتوضيح المشكلة تبدأ مرحلة تدعيم التغييرات وترسيخها بظهور الحلول بوضوح وجلاء . وأفضل هذه الحلول يتطلب عادة تغييرات فى أسلوب الحياة وعلاقاتها واتجاهاتها الخاصة حتى

يخرج المريض الى المسار الصحى السليم فى المجتمع . والمريض هو خير من يدرك حقيقة ظروفه الشخصية والضغوط التى تعرض لها ، خاصة بعد جلسات الاستماع وتوضيح المشكلة ، وبالتالى فهو الذى يمكنه اختيار أفضل الحلول لمشكلته . لكنه فى الوقت نفسه لا يستطيع بمفرده أن يحلها لحاجته الى شخص آخر يثق به وينصت اليه ليناقشها ويحللها معه . لكن وظيفة هذا الشخص لا تقتصر على التعاطف والمشاركة الوجدانية بل عليه أن يقّوم من فكر المريض وسلوكه إذا وجده عاجزا عن اتباع الحلول المناسبة وبعيداً عن جادة الصواب .

والطبيب النفسى فى هذه المرحلة مع المريض يمثل صوت العقل والواقع من ناحية ، والحساسية المستوعبة لظروف المريض من ناحية أخرى . والقاعدة الذهبية تؤكد أنه لا توجد قاعدة ذهبية ، أى أنه ليست هناك حلول مثالية ولا قواعد عامة تناسب كل المرضى ، ولكن هناك لكل مريض الحلول التى تناسبه هو بصفة خاصة . ولذلك ينبغى على المريض أن يتخذ قرار الاختيار الأخير ، فاذا اتخذه بناء على تقديرات صائبة ومعقولة ، وجب على الطبيب احترامه وتأييده وتشجيعه على عمل التغييرات اللازمة حتى لا يدفعه قلقه وشعوره بالضعف والتهديد الى

التراجع عن التغيير لئلا يجر عليه مشكلات جديدة . فالمريض يستمد من الطبيب قوة تساعده على تجاوز المرحلة واستعادة ثقته بنفسه فى تناول المشكلة ومواجهتها .

فاذا حقق العلاج أهدافه الجسدية والسلوكية والنفسية ، فان مهمته لا تنتهى عند هذا الحد ، بل هناك الإشراف الطبى على المدى الطويل بهدف الاحتفاظ بالنجاح فى تحقيق هذه الأهداف حتى لا تعود الأعراض مرة أخرى ، وحتى إذا عادت فانه يكون من السهل التغلب عليها . وكلما تمكن المريض من فهم حالته على حقيقتها وأفضل علاج لها ، فلابد أن تكون النتيجة أحسن على المدى الطويل ، خاصة إذا كان المريض والعائلة مزودين بالمعلومات المناسبة . عندئذ يمكن أن يكونوا مساعدين للطبيب ومكملين لوظيفته فى الإقلال من احتمالات النكسة ومن مضاعفات العلاج بالأدوية . فالمعرفة الصحيحة هى أفضل سلاح للمريض لتحصين نفسه ضد أية هجمات مرضية محتملة .

وعندما تنقطع هذه الهجمات أو النوبات خلال مدة تتراوح ما بين ستة شهور وسنة ، يبدأ الإقلاع عن استخدام الدواء بصورة بطيئة تدريجية خاصة إذا شعر المريض بنمو قدرته على الاستغناء عن الدواء . لكن هناك من المرضى من يرغب فى الاستمرار فى تعاطى الدواء حتى

بعد تحسين حالته على مدى سنة كاملة وذلك خوفا من النكسة اذ أن تعاطى الدواء ارتبط فى ذهنه بالشفاء ، أى أن ثقتهم فى قدرتهم على الحياة بدون دواء لم تبلغ بعد قوتها الكافية . والطبيب الخبير يضع كل هذه الدلالات فى اعتباره لأن المرضى فى معظم الحالات يدركون بالطبيعة متى يصلون الى درجة الاستعداد. وهذه الطبيعة لها قانونها وطاقتها الخاصتين ، واحترام كل ما يتميز به كل فرد من توقيت ومعدل سرعة خاص به يمكن أن يفصل بين النجاح والفشل . ومن ضمانات النجاح تخفيض جرعات الدواء ببطء على مدى شهرين أو ثلاثة حتى التوقف عنه ، لأن التوقف المفاجيء قد يؤدى الى خلل ما بعد التعود عليه لفترة طويلة . وقد يتسبب هذا الانقــلاب أو الطفرة فى نكسة جديدة .كما أن الإقلاع التدريجى والبطىء عن الدواء يمكن أن يصحح النكسة ويخفف منها فى حالة وقوعها . خاصة وأن هناك عوامل فردية للغاية يمكن أن تعجل بالنكسة ، وتأتى على شكل أنماط من الأشياء التى يحتمل أن تستثير الأعراض عند كثير من المرضى . ولو أنهم عرفوا مدلولات هذه الأشياء مقدما لأعانهم هذا على اتخاذ خطوات تمكنهم من الغاء تأثيرها ، بل ومن تجنبها تماما . وقليلا ما تتطلب النكسات العلاج السلوكى لأن المرضى لا يكونون قد تعلموا بعد أنواعا جديدة من المخــاوف المرضية .

كذلك لابد من وضع أسرة المريض فى الاعتبار ، اذ أنها تتأثر بشدة للآلام والمتاهات التى يعانيها ، ولذلك فان توعية الأسرة بأبعاد مرضه قد يلعب دورا خطيرا فى الشفاء على المدى الطويل . فعلى أفراد الأسرة أن يحتملوا أعراض المريض ، بل وأن يعيدوا تكييف حياتهم من جديد حتى تلائم القيود المفروضة عليهم . فيجب أن يتعلم الأطفال عدم الاعتماد على الأبوين إذا أصيب أحدهما بالقلق ، كما يجب على آباء المصابين بهذا المرض ألا يشعروا بالذنب لأنهم فشلوا فى تربية أطفالهم وعرضوهم للإصابة بالمرض . فلا ذنب لأحد فى اصابة نفسه أو الآخرين بهذا المرض الذى يتساوى مع أمراض الجسم الأخرى مثل أمراض القلب والسكر وضغط الدم لأن أحداً لا يلوم المصابين بهذه الأمراض ، ولاهم أيضاً يتمنونها .

ومرحلة الشفاء بصفة عامة تمر عادة بأربع خطوات : شك المريض فى قدرته على التماس الشفاء ، خاصة إذا ظن أن تعاطى الدواء يعد تسليما بالضغط من جانبه ، واعترافا بالعجز عن التغلب على الخوف فى عقله بنفسه ، مما يؤدى إلى شعوره بالخزى والذنب . بل قد يظن أن مرضه لا يمكن التغلب عليه عقليا ، اذ يصبح العقل تحت رحمة النوبات بدلا من السيطرة عليها وتتعدد مخاوف المريض وشكوكه ، فهو

يخاف من فشل الدواء كما يخاف من استمراره مدة طويلة ، بل وقد يخاف من التحسن بعد أن ألف حياة المرض واعتادها .

ثم تأتى خطوة السيطرة على المرض كخطوة تالية فى مرحلة الشفاء حين يتغلب المريض على مخاوفه المرضية ، وتؤدى الثقة بالنفس الى مزيد من الثقة حتى تتم السيطرة على كل جوانب المرض وأبعاده المتعددة ، الواحد بعد الآخر .

ثم يأتى الاستقلال كخطوة ثالثة فى مرحلة الشفاء حين يشعر المريض كالسجين الذى أطلق سراحه من حكم عليه بالسجن الطويل فيحاول أن يدرك كل الأشياء التى فاته الاستمتاع بها ، وأن يلحق بقطار الحياة ، وأن يتطلع الى المستقبل بنفس مضيئة صافية . بل إن بعض المرضى فى هذه المرحلة يبالغون فى التماس القوة والسيطرة وفرض أنفسهم على الآخرين ، فاذا نبههم أحد الى هذا التطرف فانهم يتهمونه بأنه يريد لهم العودة الى حياة الخوف والضعف والعجز والسلبية مرة أخرى ، ولا يجدون حرجا فى رفض هذه النصيحة بعد أن ذاقوا متعة الاستقلال والثقة بالنفس والاعتماد عليها دون حرج أو حساسية .

أما الخطوة الرابعة والأخيرة فتصحح سلبيات الخطوات السابقة ، ولذلك تسمى باعادة التكيف ، اذ أن المريض الذى شفى أخيرا وانطلق

من سجن القلق يجد نفسه تحت وطأة التعقيدات العملية للحياة اليومية العادية ، والتى تفرض نفسها على حلم الحرية والاستقلال ، فتنشأ المشكلات غير المتوقعة التى تستدعى حلولا جديدة . ولذلك يتحتم على المريض أن يمارس أنماط من التكيف أو التوفيق الجديد غير المتوقع وهو يشرع فى خوض تيار الحياة المتدفق مرة أخرى .

وبعد التحرر من سجن القلق فان ما كان غير ممكن فى السجن أصبح ممكنا فى حياة الحرية ، ولذلك يسارع المرضى الى اتخاذ أهداف جديدة فى حياتهم ، وتحقيق الأحلام التى تنموا تحقيقها من قبل . لكن قد يتطلب الأمر تنبيه المريض تنبيها لا يخلو من عنف حتى يدرك حقائق الحياة العملية وهو فى خضم الشعور بالحرية بعد سجن طويل ، مزمن ، كئيب . لكن المريض – فى كل خطوات مرحلة الشفاء – يظل فى حاجة شديدة الى التشجيع والمساندة ، خاصة إذا استغرقت مرحلة الشفاء وقتا طويلا ، وهى مرحلة لا تخلو من أخطاء وعثرات وكبوات وهفوات عادية .

كل هذا يدل على أن اصرار الأطباء وعلماء النفس والمحللين النفسيين على كشف أبعاد هذا المرض الغامضة وأعماقه المعتمة ، لم

يذهب هباء . فقد أصبح الآن من قبيل الحقائق العلمية الراسخة أن القلق مرض ، مثله فى ذلك مثل أى مرض آخر ، وليس حالة عقلية أو استجابة للضغوط الخارجية فقط . وان كان مرضا طويلا مملا نتيجة لمراحل المعاناة الممتدة وخطوات العلاج المعقدة الحساسة المتشابكة ، الا أن الانجازات الطبية والدوائية والسلوكية والنفسية التى تمت فى مجال حصاره وتضييق الخناق عليه ، قد ساهمت الى حد كبير فى مساعدة المصابين به كى يخوضوا الحياة بأسلحة العلم والارادة والمعرفة . والمستقبل يبشر بمزيد من الانجازات والجديد من المعاول الكفيلة بهدم هذا السجن الكئيب ، المعتم الموحش ، المخيف : سجن القلق .

❋ ❋ ❋



فصــــول الكتــاب

مكتبة المحبة تقدم :

سلسلة آفاق مضيئة

للدكتور نبيل راغب

*** عميد المعهد العالى للنقد الفنى .**

*** أستاذ النقد بأكاديمية الفنون .**

١ – أعمدة الأسرة السبعة

٢ – الخوف من المجهول

٣ – شرف الكلمة

٤ – سجن القلق

٥ – الحزن والشخصية المصرية

٦ – أحلام اليقظة

٧ – ليالى الكابوس

٨ – العنف يجتاح العالم

٩ – أسوار الخجل

١٠ – أنياب الاكتئاب

١١ – دنيا النفاق

١٢ – أشواك الغيرة

١٣ – عقدة الذنب

١٤ – العقل الباطن

١٥ – جنون العظمة
١٦ – خداع النفس
١٧ – الشخصية السوية
١٨ – الكون يسبح بحمده
١٩ – أغوار النفس المظلمة
٢٠ – آفاق النفس المظلمة
٢١ – كهوف الوسوسة
٢٢ – الشيخوخة المبكرة
٢٣ – الأسرة الديمقراطية
٢٤ – المرأة وعالمها العجيب

رقم الإيداع ٨٠٠٣ / ١٩٨٩

القاهرة الحديثة للطباعة
أحمد بهى الدين الخربوطلى
٣ شارع الجد بالفجالة
تليفون : ٩٣٤٣١٠